Rok LIII. Kraków, dnia 30 maja 1914. Nr 22

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

## CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

## II. ZJAZDOWI LEKARZY PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO, ZEBRANEMU W LUBLINIE W CZTERDZIESTĄ ROCZNICĘ ZAŁOŻENIA TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LUBELSKIEGO, ZESZYT TEN SKŁADA REDAKCYA.

Gdy przed laty kilku narodziła się myśl stworzenia Zjazdów lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego, niejedna budziła się obawa, może nawet wśród tych, którzy pierwsi zamysł ten powzięli. Czy Zjazdy takie nie przyniosą szkody naszym Zjazdom ogólnym? Czy próba nie za śmiała, zwłaszcza tak rychło po zawierusze, która głęboko wstrząsnęła krajem i utrudniła spokojną pracę naukową, zda się na długo? A jeśli pokona się trudności, które nie są małe, czy nie zjawią się nagłe przeszkody? Jeśli pierwsza próba się uda, czy rzecz zdoła się na przyszłość utrzymać?

Poważne to były obawy i troski, bo też i zamiar nie małej był wagi. Powoli, stopniowo, skupiały się szczupłe zrazu grona lekarzy prowincyonalnych, mozolnie, krok po kroku, wytyczając drogę zbiorowej pracy naukowej, budząc umysły z tragicznej martwoty, która przed pół wiekiem zaciążyła nad całem społeczeństwem. Powoli, cierpliwie, snuć musiały Towarzystwa lekarskie prowincyonalne dziesiątkami lat każde swoją przędzę, zanim dało się rozpocząć wiązanie tej przędzy w nici wspólne. I znowu upływa kilkanaście lat żmudnej, ofiarnej pracy założycieli »Czasopisma lekarskiego«, by wszystkie nici złączyć w jedno pasmo nauki i postępu. Przychodziło sprawdzić, czy pasmo dość silnie oplotło całą rzeszę rozproszonych przedtem pracowników, przychodziło odważyć się z niem na szczyty. Jeśli zbyt słabe, jeśli próby nie wytrzyma, to owoc tyloletniej pracy może rozprysnąć się znowu, a iluż znów wysiłków trzeba będzie, by od początku na nowo wszystko wiązać, o ileż dłuższych lat, nim zatrze się gorycz rozczarowania i wskrześnie energia zniechęconych rozbitków.

Ale pierwsza próba powiodła się szczęśliwie. Trzy lata temu pierwszy Zjazd lekarzy prowincyonalnych, nad wszelkie spodziewanie liczny, szczerym zapałem naukowym tętniący, bogaty plonem, dowiódł, że na wykończanie dzieła nie było zawcześnie, wątpiących przekonał, przekonanych pokrzepił, dodał bodźca i przysporzył nadziei. Obaw wszelkich jednak jeszcze nie rozprószył; rozpoczętej rzeczy dokonać, w działaniu wytrwać tylekroć już nie umieliśmy.

Więc skoro dziś i ta obawa mija, witajmyż ten drugi Zjazd tem serdeczniej, jako pomyślną zapowiedź na przyszłość, jako zadatek oby nieprzerwanego szeregu Zjazdów prowincyonalnych w Królestwie, a zachętę do podobnych zjazdów z tej strony kordonu.

W zebraniu się Zjazdu właśnie w tym roku w Lublinie leży piękna i głębsza idea. Ten Zjazd, to jakby nagroda dla Lubelskiego Towarzystwa lekarskiego, które jedno z pierwszych kładło podwaliny pod pracę dzisiejszą, i któremu dziś Zjazd, jak pracowici żeńcy, pod stopy ściele złoty snop: »Patrz, oto z Twego siewu!«

Czemuż z pierwszych siewców i pierwszych ich towarzyszy jeden już tylko tej chwili i tej nagrody doczekał! Nie pozostało więcej z licznego grona najstarszych członków Towarzystwa, które już z końcem pierwszego roku dosięgło liczby 64 czynnych, 9 korespondentów. Przodownikami byli założyciele: lekarze Ignacy Chrzanowski, Maurycy Ciechoński, Henryk Downar, Gustaw Doliński, Feliks Głogowski (pierwszy wiceprezes), Aleksander Janiszewski, Michał Jankowski, Adam Jentys, Julian Kwaśniewski (pierwszy prezes), Adam Pankiewicz, Edmund Sachs, Ludwik Schmidt, Tomasz Surzycki, Józef Talko (pierwszy sekretarz), Benjamin Tetz, Józef Ulanowski, Tomasz Żyliński i aptekarze: Lucyan Czerwiński, Otto Mazurkiewicz, Russyan (pierwszy skarbnik), Różański, Szulc, Szmierstein. To grono założycieli szło też

w pierwszem dwudziestoleciu Towarzystwa na czele jego prac, a przedewszystkiem górowali w niem wiedzą, zaletami umysłu i charakteru Janiszewski, Głogowski, Surzycki, Kuszelewski, Downar i Tetz. Znaleźli oni godnych siebie następców, z których najzasłużeńszym jest Aleksander Jaworowski, gorliwy pracownik na stanowiskach wiceprezesa, bibliotekarza (przez lat 12), obrany dwukrotnie prezesem i mianowany przez Towarzystwo lubelskie, jedyny wśród miejscowych lekarzy, członkiem honorowym. Oprócz niego przewodniczyli Towarzystwu w ciągu lat 40: Kwaśniewski, Janiszewski (dwukrotnie), Głogowski, Eligiusz Kuszelewski, Władysław Tołwiński i Stanisław Dobrucki.

W pierwszej dobie prac Towarzystwa nie było jeszcze wśród lekarzy zróżniczkowania specyalności, ale wyrazem, że Towarzystwo starało się pogłębić znajomość poszczególnych działów, było już wtedy zarysowywanie się ich w działalności niektórych członków Towarzystwa. I tak głównie z zakresu medycyny wewnętrznej przedstawiali w Towarzystwie prace Doliński, Głogowski, Janiszewski, Olechnowicz, Żyliński, z chirurgii Jankowski, Janiszewski, Talko, Zagórski, z ginekologii Schmidt i Jaworowski, z okulistyki Głogowski i Talko, z pedyatryi Jaworowski, z antropologii Olechnowicz, z zakresu społecznego Doliński. W drugiem dwudziestoleciu na pierwsze miejsce wysunęła się w Towarzystwie chirurgia (Czerwiński, Dobrucki, Majewski, Zagórski), obok tego jednak poważnie przedstawia się medycyna wewnętrzna (Arnsztejn, Dziewiszek, Rudzki), neurologia (Chodźko, Biernacki), dermatologia (Jaczewski), higiena i antropologia (Tołwiński). Do r. 1891 wydawało Towarzystwo własne roczniki, w których ukazywały się prace członków Towarzystwa; potem roczniki z powodów językowych przestały wychodzić, a prace swoje ogłaszało Towarzystwo w czasopismach lekarskich polskich (Gazeta lekarska, Medycyna, Przegląd lekarski, łódzkie Czasopismo lekarskie).

Obok pracy naukowej działało Towarzystwo lubelskie gorliwie na polu społeczno-lekarskiem i społeczno-higienicznem: stworzyło kasę wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach; bezpłatne ambulatoryum dla ubogich chorych przy szpitalu św. Wincentego; filię warszawskiego Towarzystwa higienicznego; komisyę przemysłowo-lekarską dla popierania swojskiego przemysłu, która działała bardzo gorliwie i skutecznie. W r. 1902 poruszyło Towarzystwo myśl utworzenia szpitala dziecięcego w Lublinie, która to myśl w ostatnich latach zrealizowana została dzięki fundacyi hojnych ofiarodawców. Dopiero w roku 1905 wraz z zamarciem ruchu umysłowego w całym kraju pod wpływem wypadków, podupadła i praca w Towarzystwie lekarskiem lubelskiem; jak cały kraj, po ciosach, które przeszedł, mogło Towarzystwo dopiero około r. 1910 podźwignąć się i zwolna nanowo wprowadzić swą działalność na prawidłowe tory, doprowadzając liczbę członków obecnie do 43 czynnych i 20 korespondentów.

Nie daje to krótkie wyliczenie obrazu pięknej historyi Towarzystwa, które ma niejedną chlubną kartę, bo nieraz pierwsze w kraju dawało wyraz postępom nauk lekarskich, a pracami swych członków dobrze się zapisało w naszem piśmiennictwie. Ale obok tych wszystkich zasług, sercom naszym i sercom naszych następców będzie jedna zasługa szczególnie zawsze droga. Lekarze lubelscy przed pół wiekiem jedni z pierwszych jęli się odbudowy, gdy wszystko zdało się już tylko gruzem i ruiną. Hołd ówczesnym dzwonnikom nadziei, i ich następcom, za »Vivos voco«! c.

## Uwagi ogólne o stanach gorączkowych przewlekłych ukrytego pochodzenia

napisał

**Dr Władysław Biegański.**

Że gorączka stanowi tylko objaw choroby, że jest następstwem rozmaitych spraw patologicznych bądź ogólnych, bądź umiejscowionych gdziekolwiek w ustroju, uważamy już od dość dawna za prawdę, której przeczyć nie można. Minęły bezpowrotnie czasy, kiedy stwierdzenie gorączki najzupełniej wystarczało dla myślącego lekarza i kiedy cały wysiłek jego umysłu był skierowany tylko na bliższe scharakteryzowanie stwierdzonej gorączki, przez towarzyszące jej objawy. Jeszcze patologia XVIII w. opisywała cały szereg postaci chorobowych klinicznych pod nazwami: febris nervosa, sthenica, asthenica, putrida, rheumatica, gastrica, petechialis i t. p., gdzie właściwe jądro, istotę sprawy upatrywano w gorączce. Dopiero anatomia patologiczna utrwaliła przekonanie, że gorączka, jak wszystkie zaburzenia patologiczne funkcyi, jest zjawiskiem pochodnem, następstwem pierwotnych anatomo-patologicznych zmian w tkankach. Nawet kierunek etyologiczny, który się ujawnił w naszej nauce wraz z rozwojem bakteryologii na schyłku XIX w. i sięgał do dalszych przyczyn, do źródła owych zmian anatomo-patologicznych, nie zmienił w niczem tego przekonania, lecz przeciwnie, jeszcze mocniej je ugruntował. Dziś nie możemy nawet zrozumieć stanowiska naszych poprzedników i w przekonaniu o objawowym charakterze gorączki widzimy wyraz naturalnego biegu naszej myśli, która szuka zawsze przyczyn dla spostrzeżonych zjawisk. Jak każdy człowiek na widok dymu kojarzy go natychmiast z wyobrażeniem ognia i zadaje sobie mimowoli pytanie, gdzie i co się pali, tak i lekarz, stwierdzający u chorego gorączkę, wiąże ją w myśli ze zmianami patologicznemi, odbywającemi się w ustroju i pyta się, co za sprawa gorączkę wywołuje i gdzie się w ustroju usadawia.

Nasza współczesna dyagnostyka lekarska pozwala nam w większości przypadków dość łatwo pytania te rozstrzygnąć. Stwierdzając przy pomocy znanych metod rozpoznawania jakiekolwiek ognisko zapalne lub ogólne zakażenie całego ustroju w pewnej ściśle określonej postaci klinicznej, czynimy zadość odczuwanej przez nas intelektualnej potrzebie wyjaśnienia, wytłómaczenia gorączki. Bywają jednak przypadki, w których nawet bardzo szczegółowe badanie kliniczne nie zdoła odkryć miejscowych lub ogólnych zmian, wywołujących gorączkę. Niepowodzenia te bynajmniej nie wzruszają naszego zasadniczego przeko-

nania; i wtedy nawet ani na chwilę nie wątpimy, że zmiany takie istnieją, nasze zaś niepowodzenia w rozpoznawaniu przypisujemy niedostatecznemu udoskonaleniu metod dyagnostycznych. Doświadczenie zwykle potwierdza słuszność tego poglądu, gdyż przy dalszej obserwacyi poszukiwane zmiany prędzej czy później ujawniają się bądź jeszcze podczas przebiegu choroby, bądź dopiero przy oględzinach pośmiertnych.

Wśród spraw niedostępnych lub trudno dostępnych dla naszego rozpoznawania, należy z klinicznego punktu widzenia odróżniać sprawy niedostatecznie rozwinięte od spraw rozwiniętych, ale ukrytych, niedostatecznie ujawniających się. Do pierwszego działu należą wszystkie początkowe okresy chorób ogólnych lub umiejscowionych. Tutaj trudności rozpoznawcze są tylko czasowe; w miarę, jak zmiany chorobowe dosięgają dostatecznego stopnia rozwoju, ich rozpoznawanie staje się dostępne, nawet mniej lub więcej łatwe. W drugim dziale czas i okres chorobowy nie rozstrzygają o rozpoznaniu; mamy tu do czynienia ze sprawami rozwiniętemi, lecz ze względu na głębokie i ukryte ich usadowienie dla badania klinicznego niedostępnemi.

Ten własnie ostatni dział jest przedmiotem obecnej konferencyi. Chodzi mianowicie o stany gorączkowe, mniej lub więcej przewlekłe, lub często powtarzające się, których źródło jest ukryte, nie wywołujące wyraźnych objawów klinicznych. Jakie sprawy patologiczne do tego działu należą? Pytanie to stawiamy przedewszystkiem, gdyż od jego rozstrzygnięcia zależy cała nasza oryentacya dyagnostyczna. Tylko dokładna wiedza, z czem w tych przypadkach możemy mieć do czynienia, zdoła skierować nasze poszukiwania na odpowiednie tory i przyczynić się do ustanowienia trafnego rozpoznania.

Rozpatrzmy więc kolejno te sprawy w krótkim, najogólniejszym ich zarysie, pozostawiając wszelkie szczegóły następnym referentom. Na pierwszym planie musimy tu postawić stany gorączkowe, występujące nieraz przy ropieniu, usadowionem w zatokach nosowych. Gorączka w tych przypadkach występuje zwykle w postaci nieprawidłowych okresów, powtarzających się dość często i trwających od kilku dni do kilku tygodni. Każdy okres gorączkowy zaczyna się od dość wysokiego wzniesienia ciepłoty (do 39° lub wyżej); po kilku dniach gorączka się zmniejsza, przybiera typ zwalniający lub nawet przestankowy z rannymi spadkami, 36,5°—37·3° i wieczornemi nasileniami do 38° i w tej postaci trwać może kilka tygodni. Towarzyszą jej bardzo często bóle w stawach bez wyraźnego ich obrzmienia, mocne ogólne rozłamanie, skłonność do potów i różycowate wysypki (erythema), gęsto rozsiane i usadowione najczęściej na przedramionach i goleniach. Częstym towarzyszem tych okresów gorączkowych jest także mniej lub więcej wyraźny białkomocz.

Ponieważ przewlekłe sprawy ropne w zatokach nosowych mogą przebiegać nieraz zupełnie skrycie i oprócz pozornie niewinnego nieżytu nosa mogą nie sprawiać żadnych podmiotowych objawów, przeto tego rodzaju stany gorączkowe bywają najczęściej mylnie rozpoznawane jako gościec lub grypa. Dopiero powtarzające się napady gorączki nasuwają wątpliwość co do pierwotnego rozpoznania i zmuszają do poszukiwania innego ich źródła. Ważną wskazówką rozpoznawczą może tu być długotrwały nieżyt nosa i zatkanie dróg nosowych: jeżeli objawy te spotykamy przy powtarzających się stanach gorączkowych niepewnego pochodzenia, należy zawsze poddać dokładnemu badaniu nos i jego zatoki.

Z kolei przechodzimy do ukrytej sprawy ropnej w migdałkach. Zdarza się nieraz, że po przebytem zapaleniu gardła mieszkowem (angina follicularis, lacunaris) chorzy nie wracają do zupełnego zdrowia, lecz ciągle gorączkują. Gorączka niema tu wielkiego natężenia, waha się w granicach pomiędzy 36,8°—37,8° z rannymi spadkami i wieczornemi nasileniami. Chorzy przytem wyglądają wyraźnie niedokrwisto i uskarżają się na ogólne niedomaganie, nie odczuwając żadnego określonego bólu. Szczegółowe badanie nie wykrywa żadnych zmian w ustroju; w gardle niema wyraźnego zaczerwienienia, niema również bólu przy połykaniu. Jedynie obydwa lub jeden z migdałków jest nieco powiększony, obrzmiały. Tymczasem gorączka o powyżej wskazanym typie trwa w ciągu całych tygodni, budzi rozmaite przypuszczenia i ostatecznie okazuje się, że jej źródłem są drobne czopy ropne, usadowione głęboko w zagłębieniach powiększonego migdałka.

Wspomnieć tutaj jeszcze muszę, że zapalenie migdałków mieszkowe lub nawet nieżytowe bywa dość często punktem wyjścia ogólnych zakażeń. Drobnoustroje (gronkowce, paciorkowce, rzadziej dwoinki zapalenia płuc) z zajętych zapaleniem migdałków przedostają się drogami chłonnemi do gruczołów podszczękowych lub szyjnych głębokich i mogą wywołać zapalne ich obrzmienie. Obrzmieniu temu towarzyszy zwykle gorączka niewielkiego natężenia o typie nieprawidłowym, trwająca nieraz do dwóch tygodni. Jest to t. zw. gorączka gruczołowa, spotykana dość często u dzieci, rzadziej u dorosłych.

W innych przypadkach te same drobnoustroje z gruczołów chłonnych przechodzą do obiegu krwi i wywołują ogólne zakażenie, które przebiega w rozmaitych postaciach klinicznych. Raz ujawnia się jako ostry gościec stawowy z powikłaniami lub bez powikłań, innym razem występuje na pierwszy plan podostrawe, łagodne zapalenie wsierdzia; nakoniec zdarzają się przypadki, gdzie uogólnione zakażenie przybiera przebieg bardzo poważny. Zapalenie wsierdzia występuje wtedy w postaci ciężkiej, septycznej, gorączka nieprawidłowa trwa w ciągu całych miesięcy, zjawiają się w rozmaitych narządach zatory, białkomocz, i choroba ostatecznie doprowadza do zejścia śmiertelnego. Wspominam o tych powikłaniach dlatego, że niektóre ich postacie przebiegają skrycie i ujawniają się tylko gorączką; związek więc ich z przebytem zapaleniem gardła może być ważną wskazówką rozpoznawczą i może skierować nasze rozpoznanie na właściwe tory.

Idąc zwyczajem dawnych autorów w kierunku anatomicznym »a capite ad calcem«, na trzeciem miejscu postawić musimy skryte ogniska gruźlicze w płucach. Wiadomo powszechnie, że drobne ogniska gruźlicze, jeżeli są usadowione głęboko w tkance płucnej, mogą nie sprawiać żadnych objawów fizycznych, cała zaś sprawa ujawnia się w objawach ogólnych, mianowicie w gorączce i upadku odżywienia. Gorączka w tych przypadkach nie miewa wielkiego natężenia i przebiega najczęściej torem przestankowym o spadkach rannych do 36° i nasileniach popołudniowych i wieczornych, wahających się pomiędzy 37,2°

do 38°. Skłonność do potów i dość szybki spadek wagi ciała zwykle jej towarzyszą.

Bardzo częstem źródłem przewlekłych gorączek jest sprawa gruźlicza, usadowiona w gruczołach chłonnych tchawiczno-oskrzelowych, spotykana przeważnie u dzieci, rzadziej u dorosłych. Gorączka ma tu także niewielkie natężenie, ciepłota waha się pomiędzy 36,8° i 38°; od gorączki przy ukrytej gruźlicy płuc różni się tem, że nie przedstawia tak znacznych rannych spadków. Niema również w tej sprawie skłonności do potów i tak szybkiego wychudzenia. Gorączki w tej postaci są bardzo uporczywe, trwają bez zmiany nieraz w ciągu całych miesięcy. Wyjątkowo mogą się tu zdarzyć przypadki o typie gorączek okresowych. Każdy taki okres trwa od 10 dni do dwóch tygodni; natężenie gorączki w pierwszych dniach bywa dość znaczne, ciepłota sięga nieraz do 39°, potem zwolna opada i do końca okresu waha się pomiędzy 36,5°—38°. Napad okresowy gorączki wybucha zwykle po przeziębieniu, towarzyszy mu ostry nieżyt tchawicy, rzadziej oskrzeli, niewielkiego natężenia. Okresy takie powtarzają się dość często, czterokrotnie lub pięciokrotnie w ciągu jednej zimy i są oddzielone od siebie zupełnie bezgorączkowemi przerwami.

Wspomnieć tu także muszę o gorączce, której źródłem jest skrycie przebiegające zapalenie wsierdzia. Taki skryty przebieg miewa zwłaszcza ponowne zapalenie wsierdzia przy istniejącej już wadzie zastawkowej. Wtedy charakter dawnego szmeru najczęściej wcale nie ulega zmianie, rozszerzenie komór i przesunięcie uderzenia końca serca niezawsze dadzą się z całą pewnością stwierdzić, a przyspieszenie tętna możemy przypisać wpływowi gorączki. Słowem, nie znajdujemy tu żadnego objawu, któryby bezwzględnie przemawiał za ponownem zapaleniem wsierdzia. Dlatego też obecność gorączki przy istniejącej starej wadzie zastawkowej budzi często poważne refleksye i lekarz przez długi czas pozostaje niezdecydowanym co do jej źródła.

Nietylko ponowne, ale i pierwotne zapalenie wsierdzia może przebiegać skrycie; lekki podmuchowy szmer przy koniuszku serca może ujść uwagi albo może być przyjęty za szmer funkcyonalny pochodzenia gorączkowego lub anemicznego; wobec zaś braku innych objawów wyjaśnienie gorączki nastręcza w tych przypadkach poważne wątpliwości. Znam przypadki zapalenia wsierdzia, które były rozpoznawane jako dur brzuszny, skryta gruźlica płuc lub zimnica. Gorączka przy skrytem zapaleniu wsierdzia ma przebieg bardzo nieprawidłowy, nie można tu zauważyć żadnego wyraźnego typu. W jej przebiegu zdarzają się nagłe, krótko trwające wzniesienia ciepłoty o znacznem nasileniu, to znów kilkodniowe lub dłuższe spadki, podczas których ciepłota nie przekracza 37·5°. Dodać jeszcze winienem, że chorzy w tej chorobie zaczynają bardzo wcześnie wyglądać blado, mocno niedokrwiście, co prawdopodobnie zależy więcej od skurczu naczyń obwodowych, aniżeli od rzeczywistej niedokrwistości. Wspominam tutaj o tem, gdyż okoliczność ta sama przez się może zwrócić uwagę lekarza na właściwe źródło gorączki.

Przechodzimy obecnie do spraw, usadowionych w jamie brzusznej. Na pierwszym planie postawić tu musimy sprawy zakaźne dróg żółciowych, zwłaszcza pęcherzyka żółciowego w związku z kamieniami lub bez nich. Sprawy te najczęściej wywołują cały szereg wyraźnych klinicznych objawów, mianowicie: napady kolki wątrobowej, wyczuwalne obrzmienie i bolesność pęcherzyka żółciowego, rzadziej obrzmienie całej wątroby i żółtaczkę. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie objawy występują w sposób niewyraźny lub gdzie ich wcale niema; wtedy jedynym wyraźnym objawem choroby jest gorączka. Gorączka w tych sprawach ma zawsze charakter przestankowy, to też dawniejsi klinicyści stosowali do niej nazwę: febris intermittens hepatica. Każdy napad zaczyna się od wyraźnego dreszczu, trwa niedługo, kilka lub kilkanaście godzin, i kończy się obfitymi potami. Natężenie gorączki bywa rozmaite; najwyższa ciepłota w napadach dosięga od 38·5°—40·5°. Napady występują w rozmaitych okresach czasu, niekiedy codziennie, w innych zaś przypadkach co kilka lub kilkanaście dni.

Podobny typ gorączki spotykamy także przy sprawach ropnych w trzustce, które nieraz towarzyszą ropnemu zakażeniu dróg żółciowych i ze względu na swoje głębokie usadowienie sprawiają poważne trudności rozpoznawcze.

Źródłem przewlekłych i nieprawidłowych gorączek bywa jeszcze zapalenie wyrostka robaczkowego i wywołane przez nie ograniczone ropienia w otaczającej jamie otrzewnej; sprawy te mogą nieraz przebiegać skrycie, nie znajdujemy wtedy ani wyraźnego guza w okolicy kiszki ślepej, ani nawet wybitnego odczynu bólowego na ucisk w okolicy biodrowej prawej. Jedynie gorączka niewielkiego zwykle natężenia i o typie bardzo nieprawidłowym świadczy, że gdzieś w ustroju odbywa się jakaś sprawa zapalna. Pewną wskazówkę rozpoznawczą dać nam mogą dokładnie zebrane wywiady, gdyż przewlekłe, skrycie przebiegające zapalenie wyrostka robaczkowego zaczyna się dość często wyraźnie umiejscowionym bólem i wymiotami lub też bóle takie powtarzają się kilkakrotnie w przebiegu choroby. Badanie krwi oraz próbne głębokie wlewania przez odbytnicę ostatecznie o rozpoznaniu rozstrzygają, o czem zresztą mówić będzie jeden z referentów.

Stany przewlekłe gorączkowe rozmaitego natężenia najczęściej o typie okresowym może wywoływać jeszcze zapalenie miedniczek nerkowych. Rozpoznanie tej sprawy nie jest trudne, o ile nie omieszkamy zbadać w każdym takim przypadku mocz. Zdarzyć się jednak może przy jednostronnem zajęciu miedniczki i przy zaczopowaniu odpowiedniego moczowodu zgrzęzem ropnym, że jednorazowo zbadany mocz jest czysty, bez przymieszki ropy i składników morfologicznych; wtedy rozpoznanie źródła gorączki może być bardzo trudne. Ażeby uniknąć możliwych omyłek rozpoznawczych, należy przyjąć za zasadę, że mocz w przypadkach gorączki niejasnego pochodzenia powinien być badany ile możności często w rozmaitych odstępach czasu.

Nakoniec gorączka o najrozmaitszym typie może występować także przy sprawach ropnych w narządach płciowych kobiecych pochodzenia połogowego, wiewiórowego, rzadziej gruźliczego. Ponieważ sprawy te są głęboko ukryte, a objawy podmiotowe, wskazujące na ich siedzibę, mogą być niewyraźne, przeto odszukanie źródła gorączki w tych przypadkach może nastręczać nieraz wiele trudności.

Wszystkie wyliczone sprawy są pochodzenia zakaźnego,

bakteryjnego. W ogromnej większości przypadków spotykamy tu następujące drobnoustroje: gronkowce, paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc, laseczniki okrężnicy, laseczniki gruźlicze. Wszystkie one należą do najbardziej rozpowszechnionych w przyrodzie gatunków bakteryjnych: pierwsze cztery gatunki należą do stałych mieszkańców naszego ustroju, znajdujemy je bowiem stale na skórze (gronkowce, paciorkowce), na błonie śluzowej nosa, jamy ust i dróg oddechowych (gronkowce, paciorkowce i dwoinki zapalenia płuc), oraz na błonie śluzowej przewodu pokarmowego (gronkowce, paciorkowce i laseczniki okrężnicy). Co się tyczy laseczników gruźlicy, to jakkolwiek nie mają one charakteru saprofitycznego, jednakże spotyka się je tak powszechnie, zwłaszcza przy większych skupieniach ludzi, że ustrój nasz ma prawie zawsze z nimi do czynienia. Jest więc rzeczą możliwą, że laseczniki gruźlicze przedostają się niepostrzeżenie do ustroju i drzemią tam w tkankach, zwłaszcza w gruczołach chłonnych przez czas dłuższy, aż jakieś ogólne zaburzenie równowagi ustroju nie zmniejszy jego odporności i nie wywoła wybuchu choroby. A zatem wszystkie powyżej wyliczone sprawy powstają przeważnie, jeżeli nie zawsze, na drodze samozakażenia.

Rozpoznawanie tych spraw wymaga od nas usilnej i bardzo uważnej pracy myśli. Przedewszystkiem wywiady powinny być zbierane bardzo skrzętnie, gdyż dostarczyć nam mogą cennych wskazówek rozpoznawczych. Jeżeli dowiemy się, że w najbliższem otoczeniu chorego jest osobnik, który oddawna kaszle lub u którego stwierdzono już przewlekłą postać gruźlicy płuc, to nasza uwaga powinna być zwrócona w pierwszym rzędzie na szczyty płuc i na gruczoły okołooskrzelowe. Jeżeli przewlekła gorączka wystąpiła wkrótce po ostrem zapaleniu gardła, to jej źródła szukać będziemy w sercu, badając ten narząd często i bardzo uważnie. Gdy gorączkę poprzedzał długotrwały i uporczywy nieżyt nosa, pomyśleć powinniśmy o ropieniu w zatokach nosowych. Również stwierdzone przez wywiady w okresie poprzedzającym gorączkę napady kolki wątrobowej lub nerkowej powinny kierować naszą uwagę w stronę pęcherzyka żółciowego lub miedniczek nerkowych. Taksamo związek przewlekłej gorączki z przebytym połogiem, poronieniem lub poślubnymi stosunkami płciowymi zmusza nas do poszukiwania jej źródła w narządach płciowych. Słowem skrzętnie zebrane wywiady mogą sprowadzić nasze badanie na właściwe tory. Nadmienić bowiem musimy, że trudności rozpoznawcze w tych sprawach nieraz nietyle zależą od braku objawów, ile od ich nieuwzględnienia, od ich, że tak powiem, przeoczenia przy badaniu.

Nigdzie systematyczne myślenie niema tyle wagi, co w rozpoznawaniu ukrytego źródła gorączek przewlekłych. Do rozpoznania dochodzimy tu najczęściej przy pośrednictwie metody wyłączania, a metoda ta wtedy tylko dać może pewne wyniki, jeżeli ją stosujemy systematycznie, uwzględniając wszystkie możliwe w danym przypadku sprawy. Należy więc przedewszystkiem uświadomić sobie dokładnie, z jakiemi sprawami w tych przypadkach możemy mieć do czynienia, a następnie należy wyłączać kolejno wszystkie te sprawy, które się z badanym obrazem klinicznym nie zgadzają. Wyłączamy je zaś przy pomocy znanych metod rozpoznawczych. Dyagnostyka lekarska w ostatniem dziesięcioleciu uczyniła znaczne postępy w rozpoznawaniu ukrytych spraw patologicznych; radyografia, ulepszone metody badania fizycznego, badanie krwi oraz swoiste metody odczynowe pozwalają nam dziś odkrywać takie zmiany, które dawniej dla naszego badania były zupełnie niedostępne. O tych postępach naszej wiedzy dyagnostycznej w zakresie omawianych przez nas spraw mówić będą szczegółowo następni referenci, nasze zadanie ogranicza się tylko do uwag ogólnych.

Na zakończenie niniejszej pracy omówić jeszcze muszę ważniejsze omyłki, jakie lekarze-praktycy popełniają przy rozpoznawaniu gorączek przewlekłych ukrytego pochodzenia. Błędy rozpoznawcze są częstokroć więcej pouczające, aniżeli opisy trafnych rozpoznań, pobudzają bowiem do krytycznych rozważań i uczą ostrożności w rozpoznawaniu. Najczęstsza omyłka polega na upatrywaniu w tych gorączkach zakażenia zimniczego. Zwłaszcza gorączki o torze przestankowym lub mocno zwalniającym podlegają najłatwiej podobnemu mylnemu rozpoznawaniu. Jeżeli lekarz stwierdza obecność takiej gorączki i jeżeli przy zwykłem badaniu fizycznem nie znajduje wyraźnych zmian patologicznych w ustroju, to mimowoli nasuwa mu się myśl rozpoznania zimnicy. Rozpoznanie to nabiera pozornej pewności, jeżeli uda się jeszcze stwierdzić opukiwaniem lub wymacywaniem powiększoną śledzionę. A jednak nie potrzebuję chyba dowodzić, że nie można na takich podstawach zakładać rozpoznania zimnicy. Gorączka przestankowa lub zwalniająca występuje przy najrozmaitszych sprawach zakaźnych, również obrzmienie śledziony nie jest objawem, wyłącznie spotykanym przy zimnicy. Tylko w tych przypadkach, gdzie spotykamy w napadach gorączkowych wyraźny tor trzeciaczkowy lub czwartaczkowy, rozpoznanie zimnicy na podstawie gorączki i powiększenia śledziony może być wystarczające, prawdopodobne gdzie zaś takiego wyraźnego typu gorączki niema, dyagnoza zakażenia zimniczego powinna być stawiana tylko wtedy, gdy badanie krwi wykrywa obecność plazmodyów zimniczych.

Innego rodzaju błąd rozpoznawczy popełniamy, jeżeli gorączki przewlekłe skrytego pochodzenia bierzemy za gościec pierwotny ze względu na dość często spotykane w tych przypadkach bóle w stawach. Gościec stawowy i t. zw. stany gośćcowe (reumatoidy) nie stanowią etyologicznie określonego gatunku chorobowego, lecz skupienie objawów klinicznych, które może występować przy najrozmaitszych sprawach zakaźnych. To też rozpoznanie gośćca stawowego bynajmniej nie wyczerpuje całego zadania, trzeba jeszcze wykazać jego pochodzenie, a przynajmniej na ten punkt należy zawsze zwracać baczną uwagę. Gościec stawowy, a zwłaszcza t. zw. stany gośćcowe mogą występować w sposób wtórny przy jakiemkolwiek stałem ognisku zapalnem. Widywałem powtarzające się okresowo stany gośćcowe z gorączkowym przebiegiem przy ropieniu w zatokach nosowych, przy zapaleniu przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego, przy ropniaku jajowodu i t. p. ukrytych sprawach patologicznych. Gdyby więc lekarz w tych przypadkach poprzestał na rozpoznaniu gośćca, nie uwzględniając źródła i pochodzenia objawów gośćcowych, to popełniłby poważny błąd rozpoznawczy. Za zasadę przyjąć należy, że tam, gdzie spotykamy mniej lub więcej wyraźne objawy

gośćcowe z gorączkowym przebiegiem, zwłaszcza powtarzające się, powinniśmy zawsze szukać ukrytego pierwotnego ogniska.

Jakkolwiek dziwnem się to wydać może, jest jednak faktem, że gorączki przewlekłe ukrytego pochodzenia brane bywają nieraz za blednicę. Wspominałem już, że przy stanach gorączkowych pochodzenia migdałkowego, przy skrytem zapaleniu wsierdzia, chorzy wyglądają bardzo niedokrwiście, woskowo-blado. Tosamo spotykamy także przy skrycie przebiegającej gruźlicy płuc, na co już Sokołowski zwracał uwagę. Otóż jeżeli podobne objawy znajdujemy u młodych dziewcząt, to mimowoli powstaje myśl, że mamy do czynienia z blednicą. Nieznaczna gorączka, jaka w tych przypadkach występuje, może albo ujść zupełnie uwagi lekarza, albo przypisywana jest blednicy, w naszej bowiem literaturze tuła się jeszcze pogląd, że blednica, jakkolwiek rzadko, może mieć jednak przebieg gorączkowy. Pogląd ten nie jest uzasadniony; jestem przekonany, że wszystkie opisywane w literaturze przypadki blednicy z przebiegiem gorączkowym polegają na mylnem rozpoznaniu i należą do skrycie przebiegających zakażeń.

Nakoniec w pewnych przypadkach uporczywych przewlekłych gorączek lekarze skłonni są upatrywać nerwowe, suggestyjne ich pochodzenie. Zdarza się to zwłaszcza w gorączkach minimalnego natężenia, nie przekraczających zwykle 37,5°, a uporczywie trwających w ciągu miesięcy całych, jak to spotykamy n. p. przy gruźlicy gruczołów okołooskrzelowych. W tych przypadkach ciągłe mierzenie ciepłoty oraz obawa przed gorączką doprowadzają chorych do wielkiego zdenerwowania. Toteż sam nieraz stwierdzałem fakt, że jeżeli uspokoimy chorego co do znaczenia jego gorączki i zabronimy mu dalszego mierzenia ciepłoty, to gorączka w niedługim czasie znika i ogólny stan chorego znakomicie się poprawia. Czy jednak fakty podobne dowodzą, że stwierdzona przez nas poprzednio gorączka była pochodzenia suggestyjnego? Otóż mnie się zdaje, że takiego wniosku wysnuwać nie powinniśmy. Gruźlica gruczołowa należy do spraw względnie łagodnych i kończy się nieraz pomyślnie bez wszelkiego leczenia. Niepokój i zdenerwowanie mogą niewątpliwie przeszkadzać pomyślnemu jej zejściu. Stąd, usuwając przyczynę zdenerwowania, wpływamy w sposób dodatni na przebieg sprawy gruczołowej i pośrednio na gorączkę.

## Kiedy wolno uważać gorączkę za objaw skrytej gruźlicy płuc*)

napisał

**Dr Seweryn Sterling** (Łódź).

Na podejrzenie skrycie przebiegającej gruźlicy płuc naprowadzić mogą dwa typy krzywej ciepłoty ciała:

a) wahania niewielkie ciepłoty, przy objawach niedomagania (phthisis pulmon. chronica, incipiens, occulta) i

b) znaczne podniesienie ciepłoty, właściwe chorobom zakaźnym ostrym (phthisis pulmon. acuta, occulta).

Zacznijmy od sprawy częstszej: od stwierdzenia niewielkich wahań i podejrzenia suchot przewlekłych.

Pierwszą troską lekarza być musi sprawdzenie, o ile odpowiada w danym przypadku wymaganiom ścisłości sama technika pomiarów ciepłoty.

Polecając bowiem systematyczne mierzenie ciepłoty, pamiętać trzeba o szczegółach następujących:

1. Termometr, jeśli ma wykazać niewielkie poruszenia ciepłoty, musi być dokładny. Polecać należy używanie termometrów t. zw. szpitalnych, długich (18 cm); ten typ jest trwalszy, tańszy i wygodniejszy od t. zw. termometrów lekarskich, przeznaczonych do noszenia w kieszeni. Do sprawdzania termometrów maksymalnych, w szpitalu przynajmniej, używa się t. zw. termometru normalnego**).

2. Chorzy, będący pod obserwacyą, mierzyć powinni ciepłotę conajmniej po cztery razy dziennie. Przed pomiarem musi chory leżeć spokojnie przez pół godziny. Tyczy się to zastrzeżenie szczególnie dzieci.

3. Mierzyć ciepłotę, w danym razie, jest najwygodniej pod pachą.

Dla mierzenia w odbycie wypada się bardzo obnażać; a przecież niejeden chory, nawet w łóżku leżący, nie zmierzy ciepłoty w odbycie w obecności drugiej osoby; trudniej jest odosobnić się choremu nie leżącemu.

Mierzenia pod językiem zaniechano prawie powszechnie, ponieważ wynik zależy tu od stanu atmosfery, ciepłoty spożytych pokarmów i t. p.

W odbycie mierzyć polecamy dzieciom pod warunkiem, by dziecko przed pomiarem conajmniej godzinę nie biegało. Na podniesienie ciepłoty w odbycie wpływa nietylko ruch, ale czasem także i fermentacye jelitowe. Starcom zawsze w odbycie ciepłotę mierzyć trzeba.

4. Mierząc pod pachą, wstawiamy — choremu leżącemu — termometr rezerwoarem rtęciowym w najwyższe miejsce pachy, pozostawiając termometr w tem położeniu przez cały czas trwania mierzenia (zob. rys. 1 i 2).



Rys. 1. Termometr odpowiednio założony.

5. Trzymać w tem położeniu należy termometr przez minut dziesięć; po tym czasie wyjąć, odczytać i ponownie

*) Podług odczytu, zgłoszonego na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Lublinie, w cyklu: »Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem (t. zw. kryptogenetycznych)«.

**) Nabyć można w firmie R. Fuess (Berlin — Steglitz) za cenę 19 marek. Badane termometry, pogrążone — wraz z t. zw. normalnym — w wodzie (lub, lepiej, w rtęci), wstawiamy w naczynie, zawierające zły przewodnik ciepła (n. p. oliwę) i ogrzewamy (najlepiej w cieplarce) do 37°—38° C.



Rys. 2 Termometr niewłaściwie założony.

założyć termometr na dwie minuty. Jeśli słup rtęci się więcej nie podnosi, mierzenie uważać za ukończone; gdyby się podniósł, należy termometr założyć ponownie na dwie minuty, postępując w ten sposób dopóty, dopóki dwa kolejne mierzenia nie wskażą tego samego poziomu rtęci *).

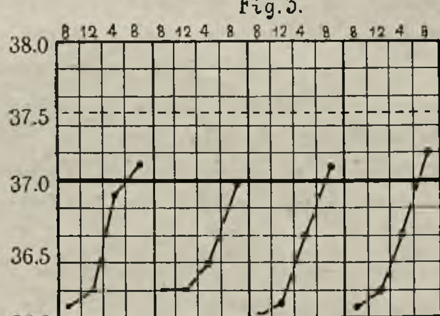
6. Jakkolwiek ścisłej granicy między ciepłotą ciała prawidłową a podgorączkową określić niepodobna (jak niepodobna ściśle odgraniczyć wogóle stanów patologicznych od normalnych), większość podręczników dyagnostyki lekarskiej podaje, że dzienne popołudniowe maximum dochodzi u dzieci zdrowych (do lat 15) do $37{\cdot}4^0$, u dorosłych do $36{\cdot}9^0$, a nawet do $37{\cdot}1^0$ pod pachą. Rzecz prosta, że te cyfry mają wartość względną, a ciepłotę $37{\cdot}4^0$ tylko wówczas uważać wolno jeszcze za prawidłową, jeśli współcześnie nie stwierdzamy żadnych innych objawów gorączki. Poza tem gra tu rolę i minimum ciepłoty dziennej, czyli wysokość wahań dziennych: wahanie przechodzące $1^0$ C. należy uważać za objaw gorączkowy. Ale też za gorączkową uważać trzeba ciepłotę, której minimum i maximum leżą blizko siebie, mianowicie przy maximum prawidłowem, jeśli spostrzegamy i inne objawy gorączki.

Ciepłota w odbycie bywa o $0{\cdot}2^0$ do $1^0$ C. wyższą, niż pod pachą (a u starców o $2^0$ i $3^0$ C.).

Typy wahań ciepłoty, jakie naprowadzają na podejrzenie skrytej przewlekłej gruźlicy płuc, bywają rozmaite:

I. Maximum wieczorne nie przekracza poziomu prawidłowego; wahania jednak dzienne przenoszą $1^0$ C. (rys. 3).

Fig. 3.

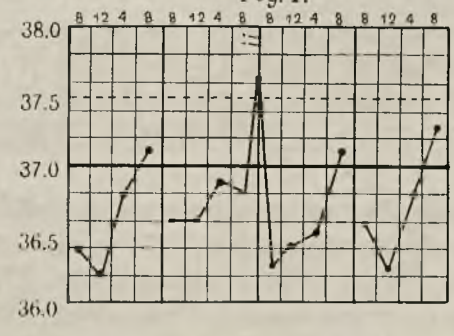



Ryc. 3. Wahania ciepłoty u chłopca lat 12, mierzonej pod pachą, u którego w następstwie rozwinęły się objawy kliniczne suchot płuc.

Ten sposób kreślenia krzywej ciepłoty ma dwie zalety: 1) mówi wyraźnie o charakterze wahań ciepłoty w ciągu jednego dnia; 2) przypomina, że mierzono ciepłotę jedynie we dnie.

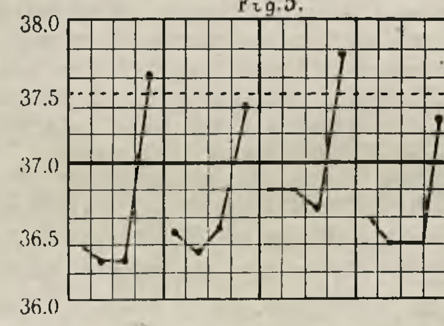
Jeśli zdarzy się zmierzyć ciepłotę i w nocy, natenczas uwidoczniamy to w ten sposób:

Fig. 4.




II. Maximum wieczorne przechodzi poziom prawidłowy:

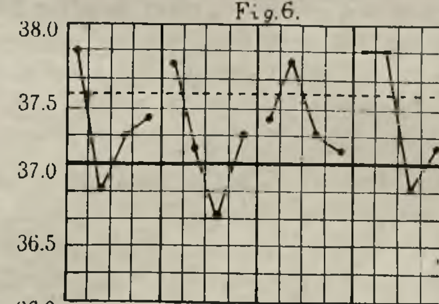
Fig. 5.




Ryc. 5. Wahania ciepłoty, mierzonej pod pachą, u panny 23-letniej, poprzedzające o wiele miesięcy pierwsze objawy płucne suchot.

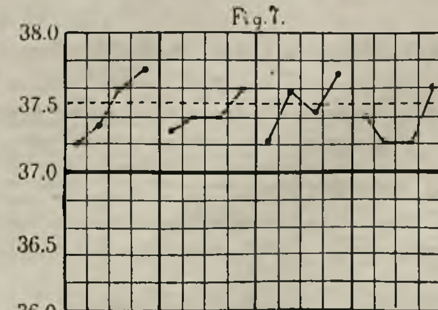
III. Maximum dzienne przypada na godzinę przedpołudniową:

Fig. 6.




IV. Ciepłota jest prawie stale nieco powyżej poziomu prawidłowego — przy niewielkich wahaniach codziennych *).

Fig. 7.

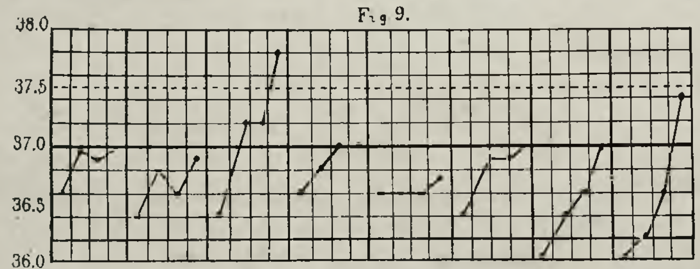



*) Termometr strząsany zaraz po mierzeniu (»na gorąco«) psuje się łatwo.

*) Wysokość wahań codziennych można też wyrazić, zna-

V. Podniesienie ciepłoty zdarza się jedynie co parę dni (lub rzadziej).

Fig 9.




Cechą charakterystyczną stanu podgorączkowego przy gruźlicy jest chwiejność ciepłoty. Dosyć niewielkiego wysiłku (umycie się), by ciepłota się podniosła. Dlatego niekiedy wypada mierzyć ciepłotę bardzo często, n. p. co dwie godziny.

Na tem spostrzeżeniu oparto metodę rozpoznawczą, polegającą na tem, że przy podejrzeniu gruźlicy płuc poleca się choremu niegorączkującemu spacer godzinny; jeśli po tym spacerze ciepłota podniesie się więcej, niż o pół stopnia, przemawia to za gruźlicą. Podobny jednak wynik ruchu dłużej trwającego widujemy i przy innych cierpieniach, jako to: przy blednicy, wrzodzie żołądka, ukrytych ropieniach, zapaleniu miedniczek nerkowych.

Jednym z objawów tej chwiejności jest fakt podnoszenia się ciepłoty u kobiet gruźliczych przed, podczas lub po peryodzie; jakkolwiek nie jest to prawidłem, ale tam, gdzie ten objaw występuje, ma on znaczenie rozpoznawcze ważne (jeśli wyłączymy cierpienia zapalne przewlekłe miejscowe). Dlatego u kobiet nie należy mówić o braku gorączki, jeśli się nie obserwuje przynajmniej jednego okresu peryodu.

Jak wiadomo, podniesienie ciepłoty jest tylko jednym z objawów gorączki. Musimy więc, mówiąc o gorączce, jako objawie poczynającej się przewlekłej gruźlicy płuc, zwrócić uwagę i na inne jej cechy, zależne od zaburzeń w przemianie materyi, od wzmożonego rozpadu białka, zmian w krążeniu i oddychaniu, w składzie krwi i od zmian w czynnościach innych narządów.

Cechami klinicznemi tych, gorączce gruźliczej niewielkiego natężenia towarzyszących objawów, są: 1) skłonność do potów; 2) łatwe męczenie się i uczucie zmęczenia już w godzinach rannych; 3) brak łaknienia i dyspepsya; 4) suche pokaszliwanie i chrypka w czasie podniesionej ciepłoty; 5) spadek i chwiejność wagi ciała; 6) zmiana w usposobieniu chorego; 7) »bicie serca« napadowe; 8) bóle w klatce piersiowej; 9) zaburzenia w miesiączkowaniu.

Obecność większości podobnych objawów w przebiegu badań ciepłoty o powyżej wskazanym charakterze przemawia za gruźliczą etyologią spostrzeganej gorączki.

Szukając innych objawów różniczkowo-rozpoznawczych, uprzytomnić sobie musimy, jak obecnie wyobrażamy sobie patogenezę suchot płucnych.

Choroba tak przewlekła, jak są suchoty płucne, jest wieloletnią walką między ustrojem a zarazkiem.

Znakomita większość mieszkańców miast zaraża się gruźlicą w dzieciństwie. Skutki tego zarażenia są różne, zależnie od wieku dziecka i ilości zarazka. Zakażenie lasecznikiem Kocha w pierwszem dzieciństwie pociąga za sobą prawie zawsze rozwój gruźlicy śmiertelnej. Zakażenie dzieci starszych — rzadziej jest przyczyną choroby śmiertelnej; wywołuje ono objawy gruźlicy bardzo różnego natężenia: od choroby ciężkiej aż do zmian anatomicznych, a może tylko biologicznych, którym wogóle żadne objawy choroby nie towarzyszą. Im później — w okresie dzieciństwa — następuje zakażenie, tem — caeteris paribus — mniej ciężkie są objawy kliniczne, towarzyszące zmianom, przez laseczniki Kocha wywołanym [1]). Przebycie — chociażby nieznacznej — sprawy gruźliczej w dzieciństwie daje ustrojowi nowe właściwości oddziaływania na następne zarażenia. Podług jednych — ustrój nabywa odporności względnej; podług innych — przebyte zarażenie czyni jeden z narządów, mianowicie płuca, szczególnie wrażliwym na zarazki gruźlicze.

Suchoty płuc powstają albo dzięki nowemu wtargnięciu zarazka z zewnątrz, albo przez samozakażenie przerzutowe, z ognisk starych. Powstanie, przebieg, trwanie i zejście suchot zależy wtedy od: 1) chwilowego stanu odporności; 2) od ilości zarazka (wprowadzonego, czy uruchomionego).

Odporność nabyta (czy — szczególna wrażliwość płuc) dzięki przebyciu w dzieciństwie choroby (różnego natężenia) podlega wahaniom czasowym (n. p. zmienia się po odrze, grypie i t. p.); jest ona wogóle względna (masowa inwazya zarazka zawsze zwyciężyć może).

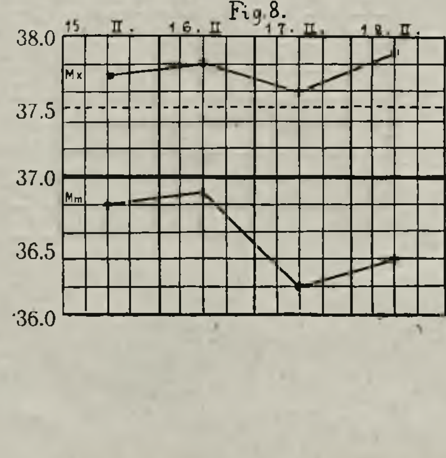
A zatem przebieg kliniczny gruźlicy tak sobie schematycznie przedstawić można: Lasecznik Kocha wywołuje w ustroju dziecięcym cierpienie różnego natężenia, uczulając przytem ustrój, t. j. dając mu odporność (względną) na zarażenia następne (lub czyniąc na nie wrażliwemi płuca). Po podgojeniu się, a nawet wygojeniu ognisk pierwotnych następuje »rozejm«, który trwa różnie długo, t. j. do chwili powstania warunków (osłabienie ustroju; wzmożenie zarazka), sprzyjających nawrotowi choroby klinicznie wygasłej (lub nowemu skokowi choroby pozornie tylko wygasłej, a w rzeczywistości tylko »podgojonej«). Na przebieg suchot przewlekłych, trwających nieraz lata bardzo długie, składają się kolejne okresy takich nawrotów i skoków (okres gruźlicy czynnej), przedzielonych rozejmami różnego trwania (okresy gruźlicy nieczynnej lub skrytej).

Otóż, mając podejrzenie poczynających się suchot płucnych, powiedzieć sobie musimy, że ten »początek« może

---

cząc na krzywej jedynie maxima i minima w ten sposób:

Fig. 8.




[1]) Ludzie dorośli, jeśli stykają się po raz pierwszy z zarazkiem, oddziałują tak, jak dzieci pierwszego okresu dzieciństwa.

być początkiem nawrotu choroby, która już jakieś ślady w ustroju zostawić mogła (anatomiczne i biologiczne). Często dokładnie zebrane wywiady naprowadzają na właściwą drogę nasze przypuszczenia. Wtedy badanie przedmiotowe wykryć może: powiększone gruczoły szyjne, nadobojczykowe, pachowe; blizny gruczołowe; obecność tuberkulidów skórnych; rozszerzenie drobnych żyłek skóry, głównie w okolicy nadłopatkowej i międzyłopatkowej. Dalej t. zw. habitus phthisicus (kościec wątły, mięśnie słabe, klatka piersiowa płaska i mało rozwinięta; żebra wązkie, bardzo nachylone ku przodowi; szyja długa; skóra cienka), który jest skutkiem zakażenia gruźliczego (czemu nie przeczy rozwój gruźlicy nawet u ludzi zbudowanych atletycznie); — zmiany klatki piersiowej, zależne od spraw włóknistych w płucach (wciągnięcie różnych okolic klatki piersiowej; powiększenie rozmiarów stłumienia sercowego lub jego przemieszczenie przez kurczące się zrosty).

Te zmiany świadczą o obecności zmian w płucach, najprawdopodobniej gruźliczych, zabliźnionych.

Ich udział w obrazie choroby w danej chwili spostrzeganej jest bardzo często wątpliwy; ale każde z tych ognisk może być domniemanem źródłem powstania podejrzewanego nawrotu choroby.

Podobne dane otrzymujemy zapomocą rentgenoskopii i rentgenografii. Tylko w nielicznych względnie przypadkach te metody rozwiązują pytanie, czy wśród zmian spostrzeżonych znajduje się ognisko w danej chwili czynne. (Jeśli rentgenogram w ręku doświadczonego rentgenologa da wyraźnie nowe ognisko, jest ono już tak posunięte w rozwoju, że i objawy ogólne niedwuznacznie zwykle świadczą o cierpieniu płuc, jakkolwiek siedzibę dokładną nowego ogniska wskaże niekiedy najpewniej rentgenolog). Najważniejsze, w sprawie nas obecnie zajmującej, zdjęcia szczytów płuc wcale nie zawsze dają odpowiedź wyraźną, a nawet dają nieraz mniej, niż opukiwanie n. p. przy obecności zmian tylko nieżytowych (bronchiolitis apicalis).

Różnica w ruchomości szczytów, łatwo dająca się sprawdzić przy rentgenoskopii, świadczy raczej o bliznach, niż o sprawie czynnej.

Niemniej w każdym przypadku, gdzie warunki na to pozwalają, badanie metodami rentgenologicznemi powinno być przeprowadzone, szczególniej u dzieci, u których — z łatwo zrozumiałych powodów — wynik badania daje najwięcej określone dane.

Metody biologiczne dają nam znów odpowiedź prawie wyłącznie stwierdzającą, czy dany osobnik zetknął się już kiedykolwiek z zarazkiem gruźlicy, czy też jest pod tym względem dziewiczy.

Tyle tylko daje stosowanie tuberkuliny podskórne, doskórne, naskórne. Na pytanie, czy w danej chwili w ustroju istnieje ognisko gruźlicze czynne, odpowiedzi nie daje.

Tuberkuliny podskórnie, metodą Kocha, w przypadkach gorączkowych wogóle stosować nie należy, bo odczyn dodatni ogólny wyrażać się ma właśnie przez wystąpienie podwyższenia ciepłoty; stosowanie zaś tuberkuliny w dawkach, któreby miały wywołać odczyn miejscowy (ograniczone przytłumienie, rzężenia, wzmożenie lub zjawienie się plwocin) jest połączone ze szkodą dla ustroju.

Badanie metodą Pirqueta (wzgl. Moro, Mantoux) rozwiązuje sprawę jedynie u dzieci małych; wtedy wynik dodatni mówi o czynnej świeżej gruźlicy. Już jednak u dzieci starszych, tem bardziej u ludzi dorosłych, temi metodami spraw czynnych od nieczynnych odróżnić nie można. Ale wartość rozpoznawczą metody Pirqueta (Moro) zmniejsza jej znikanie w przebiegu ciężkiej gruźlicy, lub w przebiegu niektórych chorób zakaźnych (odra, dur brzuszny, zapalenie płuc). Co jednak jeszcze ważniejsza, to fakt znikania tego odczynu w czasie poprzedzającym każdy nawrót, każdy skok choroby. Dlatego naogół tylko wynik dodatni jest tu przekonujący; ujemny — niczego nie przesądza.

Do metod biologiczno-rozpoznawczych należy wreszcie metoda Abderhaldena wykrywania we krwi chorych na gruźlicę zaczynów swoistych. I tą jednak metodą nie więcej dowieść możemy, niż przy pomocy tuberkuliny. W lżejszych przypadkach gruźlicy wykrywamy w surowicy krwi chorych zaczyny rozkładające białko laseczników gruźliczych; w posuniętych przypadkach — zaczyny rozkładające tkankę płucną gruźliczo zwyrodniałą. W obu razach dowodzi to tylko, że krew danego chorego, zetknąwszy się już raz z lasecznikiem gruźlicy lub tkanką płucną gruźliczą, wyrobiła w sobie zdolność rozkładania tych, obcych prawidłowemu swemu składowi substancyi białkowych. Jeśli dodamy, że przy charłactwie gruźliczem krew tych zaczynów nie wyrabia, więc, że wtedy metoda dializy odmawia usług — nie możemy (przy obecnym stanie tej sprawy) otrzymać metodą Abderhaldena (tak żmudną!) więcej, niż n. p. metodą Pirqueta.

Jak więc widzimy, kryptogenetyczną pozostaje często gorączka — w swej istocie gruźlicza, pomimo badań rentgenelogicznych i biologicznych, ponieważ nie daje nam odpowiedzi na pytanie (w chwili braku objawów klinicznych ogniskowych) rozstrzygające: czy istniejące zmiany biorą udział czynny w spostrzeganym obecnie epizodzie chorobowym, czy są tylko dowodem przeszłego zakażenia i istnienia zabliźnionego ogniska.

Szukając objawów klinicznych, któreby nas zbliżyły do rozpoznania, zwracamy uwagę na dłużej trwające suche pokaszliwanie, o którego istnienie trzeba chorego pytać, ponieważ często dopiero pytany uprzytomni sobie ten fakt; częściej o tem pokaszliwaniu wie więcej otoczenie, aniżeli sam chory. Ten zda sprawę z istnienia bólów i kłucia w klatce piersiowej, a zjawienie się krwioplucia jest, jak wiemy, objawem, który często chorego sprowadza do lekarza po raz pierwszy.

Za gruźliczem pochodzeniem gorączki przemawiają niektóre objawy ze strony układu naczyniowego: pewne zmiany we krwi, przyspieszenie względne tętna, obniżenie ciśnienia tętniczego.

We krwi w okresie tym, o którym tu stale mówimy, poczynającej się (lub nawracającej) gruźlicy przewlekłej spostrzegamy limfocytozę (jeśli przypadek jest od początku złośliwy, to limfocytozy niema, lub nawet występuje zwiększenie się ilości leukocytów neutrofilnych).

Względne przyspieszenie tętna jest objawem toksycznym, pozwalającym na dosyć pewne wnioski rozpoznawcze; jeśli — przy ciepłocie podgorączkowej — u osobnika, skądinąd dotąd zdrowego, tętno jest przyspieszone, n. p. jeśli przy ciepłocie 37·6° uderzeń tętna bywa 100 i więcej (lub w okresie bezgorączkowym uderzeń 96—100), naten-

czas — caeteris paribus — rozpoznanie przechyla się ku gruźlicy.

Również obniżone wyraźnie ciśnienie tętnicze (które radzę określać bardzo wygodnym i łatwym w użyciu oscyllometrem sfigmometrycznym Pachona), przy braku cierpień serca (stenosis mitralis) przemawia za gruźlicą. (Ciśnienie może być jednak nawet wyższem, niż normalne, jeśli obserwujemy chorego z włóknistą postacią suchot).

Jakie sprawy chorobowe wyłączyć różniczkowo wypadnie, kiedy objawy pozapłucne nasuną podejrzenie gruźlicy? Blednicę, zapalenie miedniczek nerkowych, zapalenie wyrostka robaczkowego przewlekłe, zapalenie wsierdzia podostrawe, sprawy gruczołowe, nowotwory, chorobę robaczą.

Blednicę odróżnić można z całą pewnością przez badanie składu krwi (czasem już odręcznie — przez wypuszczenie kropli krwi n. p. na białą chustkę; blednica zdradzi się ubóstwem barwika krwi). Zapalenie miedniczek nerkowych rozpoznajemy przez badanie moczu. Zapalenie wyrostka robaczkowego niełatwo rozpoznać; nie chcę tu podawać szczegółów rozpoznawczych, coby nas za daleko zaprowadziło; toż samo tyczy się i zapalenia wsierdzia, choroby niezbyt rzadkiej. Mówię o tych cierpieniach, by przypomnieć o konieczności ich wyłączenia różniczkowego, jeśli objawy gruźlicze nie są wyraźne.

O sprawach gruczołowych mówić ma inny referent, więc je tu pomijam.

Jeśli wysoka gorączka nasuwa podejrzenie, że pochodzi z ogniska gruźliczego, nie zdradzającego w danej chwili swego usadowienia się w płucach (phthisis pulm. acuta), natenczas najpewniejszym sprawdzianem naszego podejrzenia powinno być badanie rentgenologiczne. Nie chcę tu przytaczać szczegółów, dotyczących tego przedmiotu; tyle tylko powiem, że jest to dziedzina, w której mamy największy pożytek z rentgenologii, jeśli jest mowa o jej stosowaniu przy rozpoznawaniu gruźlicy płucnej. Najczęstszą bowiem postacią gruźlicy, której towarzyszyć może taka wysoka »kryptogenetyczna« gorączka, jest ostra gruźlica prosówkowa, która daje objawy miejscowe bardzo nieokreślone (osłabienie oddechu rozlane, duszność, sinica), pomimo trwania gorączki. Obraz natomiast rentgenograficzny jest wtedy wyraźny i ściśle określony. Innych postaci gruźlicy ostrej, rzadkich (n. p. typhobacillosis Landouzy, sepsis tuberculosa) przy pomocy rentgenologii nie rozpoznamy.

Przy różniczkowaniu pamiętać należy o trzech głównie sprawach: o durze brzusznym, posocznicy i zapaleniu wsierdzia wrzodziejącem.

Za durem brzusznym przemawiają: odczyn Widala, leukopenia we krwi (obecność odczynu dwuazowego w moczu zdarza się także przy gruźlicy) i tętno względnie zwolnione; za gruźlicą ostrą — duszność, sinica, tętno względnie przyspieszone, szybki upadek sił, nadczułość ogólna skóry i mięśni, odczyn urochromogenowy moczu.

Posocznicę, jak i zapalenie wsierdzia wrzodziejące rozpoznać można przez badanie bakteryologiczne krwi; ciepłota ma tu często charakter gorączki ropnej; przy zapaleniu wsierdzia mamy znane objawy ze strony narządu krążenia.

Rzadziej, ale przecież niekiedy, zdarzyć się mogą pomyłki rozpoznawcze, jeśli zapomnimy o wyłączeniu następnych spraw chorobowych, w których przebiegu dają się spostrzegać wysokie gorączki — bez ściśle określonego typu. Do takich cierpień zaliczyć trzeba: białaczkę, mięsaki, raki, przymiot złośliwy, włośnicę, wiewiór uogólniony, ciężką grypę.

W całym wykładzie powyższym miałem na względzie przypadki chorobowe, nie dające żadnych objawów klinicznych sprawy płucnej czynnej.

Gdybym miał tu poruszyć szczegółowo różniczkowanie objawów czynnych, znaczyłoby to wyłożyć całokształt dyagnostyki suchot płucnych. Ograniczyć się więc muszę na kilku uwagach pobieżnych.

Do niewielkiego ogniska ograniczone objawy nieżytowe, budzić mogące (przy istnieniu objawów ogólnych) przypuszczenie gruźlicy poczynającej się, zależeć mogą od zrostów opłucnych. Niedostateczna ruchomość małego odcinka płuc, wywołana przez zrosty, sprawia zastój nieżytowy w oskrzelkach; jeśli objawy tego rodzaju usadowione są w szczytach płuc, to mogą uporczywem trwaniem nasunąć poważne trudności rozpoznawcze.

Podobne trudności rozpoznawcze sprawić może zapalenie opłucnej suche, usadowione na górnych płatach; coprawda, to cierpienie bywa prawie zawsze charakteru gruźliczego.

Przy odróżnianiu objawów płucnych w przebiegu domniemanej gruźlicy ostrej szczególne trudności sprawia dur brzuszny, jeśli mu towarzyszą silne objawy ze strony oskrzeli. Wtedy jednak objawy rozpoznawcze wyżej wyliczone umożliwiają rozpoznanie. Więcej trudności rozpoznawczych sprawia w podobnych przypadkach ciężka grypa.

Najtrudniej jednak, jak to już mówiłem, bywa wyłączyć udział starych ognisk płucnych, dających wyraźne objawy zagęszczenia tkanki płucnej, w powstaniu gorączki. Nie dziw przeto, jeśli rozpoznawano nawrót sprawy gruźliczej u osobnika z gruźlicą włóknistą, nawrót, który się w następstwie okazał — rakiem żołądka.

Kilka słów jeszcze w sprawie sposobów badania, jeśli przypuszczamy suchoty płuc poczynające się.

Przedewszystkiem: chorego nie trzeba badać w łóżku. Niech stoi, jeśli badamy przednią powierzchnię klatki piersiowej; niech siedzi, nieco pochylony, z łokciami zbliżonymi ku sobie — przy badaniu tylnej powierzchni.

Podczas osłuchiwania trzeba pilnie baczyć, by chory oddychał równomiernie; czasem zmęczony lub mało skupiony chory zmienia stopień wysiłku przy oddychaniu, co może zaważyć na wyniku badania.

Pierwsze ognisko nietylko u dzieci może być usadowione poza szczytami płuc; trzeba go szukać i pod obojczykiem i pod pachą i w przestrzeni międzyłopatkowej i w dolnych płatach płuc.

Przesuwalność granic płucnych trzeba badać na wszystkich brzegach płuc.

Badać najlepiej — tego rodzaju chorych — rano, zaraz po ich przebudzeniu się. Dobre usługi oddaje podawanie choremu paru łyżek jodku potasu (2,5:100) w ciągu dnia, a wieczorem i nazajutrz zaraz po obudzeniu — małej dawki narkotyku (codeini phosphorici po 2 cg.); występują wówczas, jeśli chorego osłuchujemy rano, ukryte do-

tąd objawy nieżytowe (bronchiolitis apicalis). U kobiet objaw tego rodzaju ujawnia się samoistnie w okresie miesiączki.

Objawy opukowe mniej są przekonujące, aniżeli osłuchowe. Osłabienie wdechu; szorstki charakter wdechu; wydłużenie wydechu; oskrzelowy charakter szmeru oddechowego — mniej są przekonujące, aniżeli (współcześnie słyszalne) wystąpienie rzężeń (po odkaszlnięciu) na przestrzeni ograniczonej.

---

# Stany gorączkowe przewlekłe pochodzenia migdałkowego i gruczołowego

napisał

**Karol Rozenfeld** (Częstochowa).

(Odczyt zgłoszony na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Król. Pol. w Lublinie w maju 1914).

Do najważniejszych zadań gruczołów chłonnych, oprócz tworzenia limfocytów, należy obrona ustroju przed zakażeniami, które grożą mu ustawicznie z zewnątrz. Z patologii doświadczalnej wiemy, że wstrzyknięcie gronkowców lub paciorkowców pod skórę zwierzęcia najczęściej nie wywołuje następstw poważniejszych, wówczas gdy wprowadzenie tego samego jadu do krwi jest przeważnie śmiertelne. Dzieje się to dlatego, że gruczoły chłonne, jak świadczy szybko w nich występujący odczyn obronny, biorą żywy udział w zatrzymywaniu i niszczeniu drobnoustrojów, które przedostają się przez skórę i błony śluzowe do obiegu limfy. Doświadczenia Labbé i Bezançona [1]) zdają się dowodzić, że jeżeli jadowitość drobnoustrojów jest słaba, gruczoły chłonne, dzięki ożywionej czynności leukocytów wielojądrzastych i makrofagów, zabezpieczają ustrój od wtargnięcia zarazków do krwi.

Sprawa bierze inny obrót, jeżeli drobnoustroje są bardzo jadowite, a odporność ustroju zmniejszona. Odczyn obronny gruczołów jest wtedy bardzo słaby i krótkotrwały. Zamiast niego w tkance gruczołowej występują zmiany mniej lub więcej głębokie o charakterze rozpadowym, zarazki zaś po wtargnięciu do krwi wywołują odrazu schorzenie poszczególnych narządów lub zakażenie ogólne. Czasami przejście drobnoustrojów do krwi odbywa się nadzwyczajnie szybko (Noetzel). Badania doświadczalne Bezançona i Labbé dowodzą, że nawet w razie zwycięstwa drobnoustrojów gruczoły chłonne próbują stawić im opór, którego wyrazem są ślady odnajdowanego w nich odczynu fagocytowego.

Stosunki opisane nie wyczerpują wszystkich możliwości i nie stanowią przeto ogólnej zasady. W pewnej kategoryi zakażeń rola gruczołów chłonnych jest zupełnie odrębna i poniekąd dwuznaczna. Mam na myśli to ciekawe zjawisko biologiczne, w którem Bezançon i Labbé upatrują szczególny rodzaj powinowactwa między drobnoustrojami i gruczołami chłonnymi. W zakażeniach tych gruczoły stają się wyłączną uprzywilejowaną siedzibą drobnoustrojów, które w ich wnętrzu znajdują nieraz przez czas bardzo długi najlepsze warunki dla swego życia i rozwoju. W ten sposób powstają pierwotne, samoistne schorzenia gruczołów, będące przyczyną tych przewlekłych stanów gorączkowych, o których wypada mi mówić. Łagodny przebieg kliniczny, objawiający się najczęściej słabym odczynem ogólnym i brakiem zmian w innych narządach ustroju, stanowi cechę charakterystyczną tych spraw gruczołowych. To też chociaż przypuszczenie takie może się wydać dziwnem, zapewne i w tych razach rola obronna gruczołów nie jest bez znaczenia. Zatrzymując drobnoustroje, pozwalając im nawet rozwijać się w swem wnętrzu, gruczoły bronią dostępu do innych narządów ustroju i, bardzo być może, zmniejszają jadowitość zarazków. Z doświadczeń na zwierzętach wynika, że paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc i prątki gruźlicze, wyosobnione z gruczołów, są mniej jadowite, niż te, które pochodzą z miejsca wtargnięcia lub innego ogniska trzewnego.

Chociaż sprawy gruczołowe przewlekłe wyróżniają się charakterem łagodnym, niemniej jednak w warunkach niepomyślnych mogą być powodem ciężkiego schorzenia całego ustroju. Pod wpływem rozmaitych czynników szkodliwych, które zmniejszają odporność ogólną, wzmaga się zapewne jadowitość drobnoustrojów i łatwość, z jaką wydostają się z dotychczasowej kryjówki. Toteż wczesne rozpoznanie tych spraw gorączkowych, których źródła nie umiano dawniej sobie wytłómaczyć i które obejmowano ogólną i nieokreśloną nazwą »skrytych gorączek«, stanowi ważne zadanie lekarza praktyka.

## Zakażenia migdałkowe.

Związek, jaki zachodzi między zapaleniem gardła a niektóremi cierpieniami ogólnemi ustroju, znany jest od dawna. Już w początkach zeszłego stulecia niektórzy klinicyści wypowiadali pogląd, że gościec stawowy może być powikłaniem zapalenia migdałków. W naszem piśmiennictwie Czajkowski [2]) w r. 1891 zwrócił uwagę, że gościec stawowy, zapalenie wsierdzia i nerek mają czasami punkt wyjścia w pierwotnem samoistnem schorzeniu migdałków. W ostatnich kilkunastu latach niemal całą patologię szczegółową próbowano powiązać etyologicznie z zajęciem migdałków. Jako powikłanie tej sprawy pierwotnej opisywano zapalenia płuc, opłucnej, wyrostka robaczkowego, szpiku kostnego, jąder, jajników, zmiany w wątrobie, śledzionie, różne wysypki skórne, bóle neuralgiczne i t. p. Nawet ponawiający się wrzód trawienny żołądka próbowano uzależnić od zaostrzeń przewlekłego zapalenia migdałków (Nauwerk) [3]). Nie potrzebuję dodawać, że wiele spostrzeżeń odnośnych nosi wyraźnie piętno podmiotowe i nie wytrzymuje ścisłej krytyki naukowej.

Chcąc ocenić dokładnie rolę migdałków w patologii, należało rzecz całą poddać rewizyi, oprzeć ją na badaniach ścisłych klinicznych, anatomo-patologicznych i bakteryologicznych, a przedewszystkiem zapoznać się bliżej z czynnością tego narządu w warunkach prawidłowych. Przekonano się, że migdałki są wysuniętymi tuż pod powierzchnię błony śluzowej gruczołami chłonnymi, od których różnią się tylko obecnością zagłębień workowatych, zwanych powszechnie kryptami (mieszkami). Jako gruczoły chłonne, biorą one udział w tworzeniu limfocytów i spełniają rolę obronną w walce z drobnoustrojami. Wskutek powierzchownego ułożenia migdałki mogą ulegać schorzeniu pierwotnie, często jednak wrota wtargnięcia zarazków mogą znaj-

dować się poza obrębem migdałków, n. p. w nosie, w jamie ustnej, w zębie spróchniałym lub w gardle. Powstające w ten sposób schorzenie migdałków charakterem swym odpowiada tym zapaleniom gruczołów chłonnych, głębiej położonych, które występują przy sprawach zapalnych błon śluzowych i skóry. Lecz dzięki innej budowie i wpływowi otaczających warunków, zapalenia migdałków przewlekłe przybierają właściwą sobie i charakterystyczną postać. Schorzenie to, opisane bliżej przez Guericha w r. 1905 pod nazwą »angina fossularis chronica« i stwierdzone na kongresie medycyny wewnętrznej w r. 1909 przez Pässlera, cechuje się przewlekłem zapaleniem zagłębień migdałkowych, któremu zwykle towarzyszy tworzenie się czopów. Czopy te są zbitą szarożółtą masą, która składa się z nabłonków złuszczonych, limfocytów, śluzu, resztek pokarmów, fosforanu wapniowego i drobnoustrojów, znajdujących tutaj doskonałe warunki dla swego rozwoju. Najczęściej wykrywamy paciorkowce, rzadziej gronkowce ropne i dwoinki lancetowate. Można je również odnaleść w miąższu migdałków, dotkniętym schorzeniem przewlekłem. Pod wpływem drobnoustrojów czopy te ulegają zropieniu. Wskutek zarastania ujścia zagłębień ropa zatrzymuje się wewnątrz, rozszerza zaułki i tworzy w różnych warstwach migdałka ropnie rozmaitej wielkości. Drobnoustroje chorobotwórcze, znajdujące się w tych ropniach migdałkowych, zdolne są do rozwoju i zakażenia ustroju. Wskutek zaostrzenia sprawy zapalnej w migdałkach zarazki lub ich toksyny mogą przedostawać się do krwi i wywoływać cierpienie ogólne ustroju.

Badania anatomopatologiczne Frankego i Schusterównej [4]) (Lwów), podjęte celem wykrycia związku etyologicznego między cierpieniem migdałków i schorzeniami gośćcowemi, wykazały, że w zwłokach osób, u których stwierdzono objawy gośćca stawowego lub spraw jemu pokrewnych, w 90% przypadków można było odnaleść skreślone wyżej zapalenie migdałków. Przy ucisku migdałka z zagłębień wylewała się mniejsza lub większa ilość cieczy ropiastej, często można było wycisnąć »cuchnące czopy, złożone z mas nekrotycznych i zgęszczonej ropy«. W jednym przypadku stwierdzono na przekroju migdałka w głębi ropień wielkości małego orzecha laskowego, który na zewnątrz nie był widoczny. Obraz anatomopatologiczny, właściwy temu cierpieniu, zalicza Franke do grupy zapaleń, objętych nazwą zapalenia mieszkowego przewlekłego migdałków (tonsillitis lacunaris chronica). Erbrich, którego praca oparta jest na podstawie klinicznej, opisuje to schorzenie migdałków, jako odrębną jednostkę chorobową, pod nazwą »tonsillitis purulenta chronica« [5].

Oprócz schorzeń gośćcowych, których związek etyologiczny z przewlekłem zapaleniem migdałków nie ulega najmniejszej wątpliwości, z tego samego źródła mogą pochodzić niektóre choroby serca i nerek. Co się tyczy zależności innych chorób, np. wyrostka robaczkowego, spostrzeżenia kliniczne są zbyt skąpe, żebyśmy mogli uważać ją za dowiedzioną.

Przed 3 laty, na I Zjeździe lekarzy prowincyonalnych w Łodzi, kol. Batawia zwrócił uwagę, że schorzenie migdałków może być powodem stanów gorączkowych przewlekłych bez żadnych zmian w innych narządach ustroju [6]). Gorączka w tych razach bywa zwykle niewysoka i stała. W 3 przypadkach, spostrzeganych przezemnie wspólnie z kol. Batawią, wzniesienia wieczorne ciepłoty nie przewyższały 37·5°, różnice między ciepłotą ranną i wieczorną były małe i wahały się od 0·3 do 0·5°. Wobec słabego odczynu gorączkowego, stan ogólny chorych przedstawia się dobrze. Jedna chora skarżyła się na uczucie znużenia i bóle głowy, inna na słabe, krótkotrwałe bóle stawów i mięśniowe. W gardle chorzy nie odczuwają zazwyczaj żadnych dolegliwości, rzadziej bywa uczucie palenia, drapania lub bólu (Oertel). Jeżeli do powyższego dodam pewną skłonność do pocenia się i lekkie dreszczyki, to wyczerpię całość objawów klinicznych.

Schorzenie przewlekłe migdałków nie objawia się na zewnątrz zmianami, które moglibyśmy uważać za charakterystyczne. W jednym z moich przypadków o istnieniu czopów głębiej ukrytych świadczyły tylko dwa małe punkciki na powierzchni migdałka, w drugim — badanie stwierdziło 3 czopy bez śladów stanu zapalnego, w trzecim stan migdałków był najzupełniej prawidłowy. Czasami, jak wynika ze spostrzeżeń Batawii, migdałek bywa powiększony, przekrwiony, ujścia mieszków (krypt) rozszerzone, zaczerwienione, niekiedy oprócz czopów, przeświecają plamki białożółte, odpowiadające ropniom migdałkowym. Ponieważ ulubionem miejscem czopów i ropni są górne i przednie części migdałków, przeto dla dokładnego zbadania trzeba odsunąć łuk przedni przy pomocy haczyka. W przypadkach wątpliwych oględziny migdałka trzeba uzupełnić wprowadzeniem do mieszków migdałkowych zgłębnika naczyńkowatego, gdyż tylko w ten sposób udaje się czasami wykazać obecność czopów lub ropnia. Nieraz zdarza się, że najściślejsze badanie nie wykrywa zmian żadnych, dopiero wyłuszczenie migdałka, ewentualnie badanie pośmiertne ujawnia ropień, ukryty głęboko w migdałku. (Erbrich, Franke).

Jakkolwiek nie wątpimy, że przewlekłe mieszkowe zapalenie migdałków z tworzeniem się czopów i ropni może w poszczególnych przypadkach być powodem stanów podgorączkowych przewlekłych, musimy jednak podkreślić, że rozpoznanie kliniczne tych spraw opiera się zawsze na chwiejnej podstawie. Schorzenie migdałków ze skłonnością do tworzenia czopów i ropni należy do zjawisk stosunkowo częstych. Badania sekcyjne Frankego i Schusterównej stwierdziły zmiany migdałkowe u wielu osób (53%), u których za życia nie było wcale objawów gośćcowych i schorzeń pokrewnych. Śmierć nastąpiła z innych zupełnie chorób, a tymczasem w znacznej liczbie przypadków (72%) wykazano obecność cieczy ropiastej w migdałkach, w 28% i mas nekrotycznych. Widzimy zatem, że drobnoustroje, znajdujące się w czopach i ropniach migdałkowych, chociaż zdolne do życia i rozwoju, niezawsze wywołują objawy zakażenia. Musi tu wchodzić w grę jeszcze inny czynnik biologiczny, bliżej nam nieznany, który sprawia, że drobnoustroje drzemiące przechodzą w stan czynny. Dlatego też stwierdzenie obecności czopów lub ropy nie jest jeszcze dowodem bezwzględnie przekonującym, że stan gorączkowy zależy od schorzenia migdałka, a nie od innej przyczyny.

Stosowanie w celach rozpoznawczych metody wyłączenia nie da się przeprowadzić z należytą ścisłością. W poszczególnym przypadku wątpliwym trudno nam będzie wyłączyć ognisko ropne w innym narządzie ustroju, choćby w migdałku gardłowopodniebiennym, językowym, gruźlicę

płuc lub gruczołów tchawicznooskrzelowych i t. p. To też bardzo często o rozpoznaniu właściwem będą rozstrzygać tylko wyniki leczenia. Jeżeli gorączka, trwająca tygodniami lub miesiącami, ustąpi odrazu po odpowiednim zabiegu miejscowym, mamy wszelkie prawo przypuszczać, że była ona następstwem schorzenia migdałka. Muszę jednak dodać, że ten sposób rozpoznawania, stosowany niekrytycznie na szerszą skalę, będzie narażać lekarza i chorych na liczne zawody i rozczarowania.

Leczenie polega na usunięciu zawartości mieszków i otwarciu ropni, ukrytych w głębszych warstwach migdałka. Cel ten osiągamy przez rozrzynanie tkanki migdałkowej i mostków, oddzielających od siebie poszczególne kieszonki. Stosując ten sposób leczenia, kol. Batawia otrzymał wyniki pomyślne we wszystkich 12 spostrzeganych przez siebie przypadkach. Zabieg ten, łatwy do wykonania i mało bolesny, nie zabezpiecza jednak chorych od nawrotów cierpienia. Wskutek nieprawidłowych zrostów powstają nowe kieszonki ze skłonnością do tworzenia czopów. Powtóre, stosując ten sposób leczenia, niezawsze możemy usunąć zawartość wszystkich mieszków migdałkowych lub odnaleść ropień. Ponieważ częściowe usuwanie migdałków lub rozćwiertowanie daje również wyniki niepewne, wielu autorów sądzi, że najodpowiedniejszym zabiegiem leczniczym jest zupełne wyłuszczenie migdałków (tonsillectomia [7]). Stosowane jest ono od lat wielu w Ameryce przy najrozmaitszych sprawach chorobowych, będących w związku ze schorzeniem przewlekłem migdałków. Przypomnę imponującą statystykę Waugha, która obejmuje 900 przypadków. We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem 12, wyniki wyłuszczenia migdałków były podobno dobre.

U nas zwolennikiem tej metody leczniczej jest Erbrich, który przed kilku laty wypracował własny sposób wyłuszczenia migdałków [8]) i w ostatnich czasach znacznie go uprościł. — Nie wchodzi w zakres mego zadania rozstrzygać, o ile w poszczególnym przypadku będzie usprawiedliwione wykonanie tego zabiegu, który bądź co bądź pozbawia nas ważnego pod względem fizyologicznym narządu. Sądzę jednak, że jeżeli dłuższa obserwacya chorego utrwali w nas przekonanie o zależności gorączki lub innego cierpienia, n. p. gośćcowego, od schorzenia migdałków, jeżeli wszelkie próby leczenia ich miejscowe dają wyniki ujemne, to jako jedyny środek właściwy i zasadniczy pozostaje wówczas doszczętne wyłuszczenie migdałków. Zbytnia wstrzemięźliwość byłaby równie nieuzasadnioną i szkodliwą, jak niekrytyczny szablon w stosowaniu zabiegu. Zwłaszcza w leczeniu gośćca stawowego i cierpień pokrewnych należy baczniejszą, niż dotychczas, zwracać uwagę na leczenie miejscowe migdałków, których schorzenie przewlekłe jest najczęściej główną przyczyną choroby.

### Zakażenia przewlekłe gruczołów chłonnych.

Różne stany zapalne gruczołów chłonnych, które powstają przypadkowo lub towarzyszą ogólnym cierpieniom ustroju, nie wchodzą w zakres zajmującego nas tu zagadnienia. Chociaż mogą być one powodem dłużej lub krócej trwającej gorączki, jednak nie nasuwają żadnych trudności rozpoznawczych. W przeszłym roku spostrzegałem bardzo silne obrzmienie gruczołów podszczękowych prawostronnych, które wystąpiło po zwykłem zapaleniu gardła. Sprawie tej, która zakończyła się pomyślnie, w ciągu trzech tygodni towarzyszyło lekkie wzniesienie ciepłoty. Wogóle zapalenia gruczołów chłonnych powierzchownych kończą się szybko wyleczeniem lub przejściem w ropienie.

Ze stanowiska praktycznego najważniejsze znaczenie mają schorzenia gruczołów głębokich wewnątrzustrojowych. Wprawdzie wiemy, że zapalenie ich towarzyszy większości chorób zakaźnych ostrych, ale zazwyczaj po przejściu zakażenia zaczynają gruczoły wracać do stanu prawidłowego, a drobnoustroje ginąć. Zmiany przewlekłe kiłowe nie mogą być brane w rachubę z powodu przebiegu odrębnego i bezgorączkowego. W ostatnich czasach zwrócono szczególniejszą uwagę na zachowanie się gruczołów tchawiczno-oskrzelowych u dzieci w przebiegu różnych chorób zakaźnych. Stwierdzono, że u dzieci, zwłaszcza z usposobieniem limfatycznem, w następstwie ostrych nieżytów oskrzeli, zapalenia płuc i opłucnej, gruczoły tchawiczno-oskrzelowe ulegają obrzmieniu, które może pozostawać na dłuższy przeciąg czasu i wywoływać szereg objawów, przypominających cierpienie gruźlicze gruczołów. D'Espine [9]) spostrzegał w r. 1907 kilka przypadków powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych, które wystąpiło po przebyciu grypy, i o ile pozwalało sądzić badanie kliniczne, trwało od jednego do dwóch miesięcy. Najczęstszą przyczyną zwykłego niegruźliczego powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych jest zapalenie płuc, rozwijające się w przebiegu odry i krztuśca. Fakty analogiczne były opisywane już dawniej wraz z próbami rozpoznawania różniczkowego między zwykłem zapaleniem gruczołów i ich cierpieniem gruźliczem (Gaéneau de Mussy).

Badania bakteryologiczne są względnie nieliczne. Najczęściej znajdowano dwoinki zapalenia płuc, czasami nie było ich wcale (Marfan, Nanu, Netter, Menetrier, Labbé).

Objawy kliniczne, zależne od zwykłego obrzmienia gruczołów tchawicznooskrzelowych, są mniej więcej takie same, jak te, które spostrzegamy w ich cierpieniu gruźliczem. Rozpoznanie polegać będzie na stwierdzeniu mniej lub więcej szybkiego powrotu do stanu prawidłowego i na ujemnym wyniku próby tuberkulinowej.

### Gruźlica gruczołów chłonnych tchawiczno-oskrzelowych.

Schorzenie gruczołów tchawicznooskrzelowych pierwotne i samoistne jest rysem charakterystycznym gruźlicy wieku dziecięcego. Między prątkami gruźliczymi i gruczołami tchawicznooskrzelowymi dziecka zachodzi szczególny stosunek powinowactwa, którego istota nie da się dzisiaj wytłómaczyć. Czy uznamy teoryę klasyczną, bronioną przez autorów niemieckich, podług której wrotami wtargnięcia zarazków są płuca, czy przyjmiemy teoryę Calmettea [10]), podług której zakażenie ustroju następuje najczęściej przez przewód pokarmowy, czy zgodzimy się na to, że w dalszem przenoszeniu prątków pośredniczą naczynia chłonne, czy krwionośne, na podstawie badań dotychczasowych możemy orzec, że w gruczołach tchawicznooskrzelowych odbywa się niejako pierwsze zaszczepienie jadu gruźliczego w ustroju dziecięcym *). To też sprawa ta u dzieci jest

---

*) Schorzenie pierwotne gruczołów krezkowych należy do

nadzwyczaj częstą. W badaniach sekcyjnych stwierdzano ją u 20—30% dzieci, zmarłych w wieku od 1 do 15 lat życia (Müller, Neumann). U dzieci, zmarłych przy objawach gruźlicy, zmiany swoiste w gruczołach tchawicznooskrzelowych spostrzega się prawie zawsze (Raczyński, Kozakiewicz [11]). W pierwszym roku życia schorzenie samoistne gruczołów jest zjawiskiem rzadkiem, gdyż gruźlica szybko się uogólnia i kończy się śmiercią. Częstość tej sprawy wzrasta od drugiego roku życia i osiąga swój szczyt około 6—8. roku życia. U dzieci starszych i ludzi dorosłych objawy kliniczne ze strony gruczołów występują coraz rzadziej, natomiast sprawa gruźlicza zaczyna rozwijać się w płucach. W niektórych jednak przypadkach i u ludzi dorosłych gruźlica może usadowić się pierwotnie w gruczołach tchawicznooskrzelowych i dopiero po pewnym czasie przechodzić na płuca (Philippi) [12]). W każdym razie u ludzi starszych zmiany anatomiczne gruczołów są bez porównania mniejsze, niż w wieku dziecięcym.

Gruźlica gruczołów tchawicznooskrzelowych ma najczęściej przebieg łagodny i w warunkach sprzyjających kończy się wyleczeniem zupełnem, najczęściej zwapnieniem gruczołów. Jednakże pod wpływem rozmaitych czynników, które zmniejszają odporność ustroju, mogą powstawać przerzuty w płucach, stawach, kościach, mózgu i t. p. Stąd też mimo łagodnego charakteru gruźlica gruczołów jest źródłem stałego i poważnego niebezpieczeństwa, zwłaszcza dla ustroju dziecka. Konieczne jest przeto wczesne i umiejętne rozpoznanie tej sprawy, celem roztoczenia nad chorymi odpowiedniej opieki.

Rozpoznanie ma na celu ustalenie faktu, że gruczoły tchawicznooskrzelowe są powiększone i że przyczyną tego powiększenia jest zakażenie gruźlicze. Z powodu głębokiego położenia gruczołów rozpoznanie tej sprawy zapomocą zwykłych metod badania klinicznego należy niewątpliwie do trudnych zadań dyagnostyki lekarskiej. Jeszcze przed kilku laty odzywały się głosy, że zadanie to może być spełnione w przypadkach nadzwyczajnie rzadkich (Sukiennikow [13]), Brecke, Schlossmann). W ostatnich jednak czasach zrobiono w tej dziedzinie duży krok naprzód. Zapewne i dzisiaj w przypadkach lekkich, z bardzo małem powiększeniem gruczołów, wszystkie nasze usiłowania mogą rozbić się o nieprzezwyciężone trudności i trzeba będzie korzystać z niepewnej metody wyłączania, ale za to w większości przypadków, zależnie od stopnia rozwoju sprawy gruczołowej, da się ona rozpoznać z większą lub mniejszą łatwością na podstawie klinicznej. Nie będę rozwodzić się nad ważnem znaczeniem wywiadów. Wiadomość, że w otoczeniu najbliższem są osoby stare i kaszlące, ma dla nas nieposlednią wartość. Odżywienie i stan ogólny chorych nie są miarodajne. W kilku moich spostrzeżeniach dzieci odznaczały się otyłością i sprawiały wrażenie zupełnie zdrowych. Często jednak możemy stwierdzić upośledzenie rozwoju fizycznego, wątłą budowę kośćca, bladość, rozlane powiększenie gruczołów chłonnych i t. p. Objawy zołzów spostrzega się nieco więcej, niż w połowie przypadków. Dlatego też blizny na szyi, przetoki, wykwity skórne na wargach, nosie, uszach, zapalenie oczu, pryszczyk i t. p. — będą dla nas ważną wskazówką rozpoznawczą.

---

spraw rzadkich. Najczęściej jest ono sprawą skórną, towarzyszącą schorzeniu gruźliczemu kątnicy, jelita biodrowego i otrzewnej.

Objawy podmiotowe czasami są bardzo niewyraźne. U starszych dzieci zasługuje na uwagę ból pod mostkiem i w okolicy międzyłopatkowej. Do najważniejszych objawów podmiotowych zaliczamy duszność i kaszel. Duszność wydechowa, podług najnowszych badań autorów francuskich (Guinon, Variot, Marfan, D'Oelsnitz) [14]), jest objawem bardzo charakterystycznym dla gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych u maleńkich dzieci. Sapanie i dyszenie dziecka może być słyszalne zdaleka. Duszność wydechowa wzmaga się zwykle przy ruchu i wysiłkach fizycznych, czasami pod względem natężenia może przypominać napady prawdziwej dychawicy oskrzelowej.

Oprócz duszności, gruczoły powiększone przez ucisk na tchawicę i oskrzela mogą wywoływać kaszel. Sprawą suchego kaszlu (trockener Reizhusten), powstającego wskutek ucisku tchawicy, w ostatnim czasie zajmował się wiele De la Camp [15]), który uważa go za bardzo ważny objaw rozpoznawczy. Z 656 dzieci z objawami zołzów, lecz bez wyraźnych zmian w płucach, autor ten stwierdził kaszel suchy w 137 przypadkach. Kaszel bardzo mocny o charakterze kurczowym, krztuścowatym, bywa spostrzegany bardzo rzadko.

Jednym z najbardziej charakterystycznych objawów gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych jest uporczywa gorączka, trwająca miesiące i lata. Poziom jej najczęściej niewysoki, wahania ciepłoty niewielkie ($37^0$—$37{\cdot}5^0$). W jednym z moich przypadków, których liczba ogólna dosięga 62, ciepłota przez 4 miesiące z rzędu trzymała się wyżej $38^0$ i wieczorami dochodziła do $38{\cdot}7^0$—$39^0$. W wielu razach, zwłaszcza u dzieci małych (Schlossmann), może wcale nie być gorączki i choroba rozwija się skrycie bez żadnych objawów ogólnych. Czasami lekkie wzniesienia ciepłoty zjawiają się dopiero pod wpływem jakiegoś pobudzenia, wysiłku, zmęczenia.

Gruczoły, dotknięte sprawą gruźliczą, mogą wywoływać cały szereg zaburzeń ze strony narządów sąsiednich wskutek ucisku lub bezpośredniego szerzenia się sprawy zapalnej. O ucisku tchawicy i oskrzeli mówiliśmy wyżej. — Prócz nich temu oddziaływaniu gruczołów mogą ulegać naczynia krwionośne, nerwy i przełyk. Lecz powstające w ten sposób objawy czynnościowe bywają względnie rzadko i nie mają poważniejszego znaczenia praktycznego. Należą tutaj rozszerzenia niesymetryczne żył powierzchownych wskutek ucisku głównych pni żylnych (Heubner, Widerhofer, Siracoff) [16]), tętno opaczne (paradoksalne) jednostronne (Gerhardt), przyspieszona czynność serca wskutek porażenia nerwu błędnego, nierówność źrenic wskutek jednostronnego ucisku nerwu współczulnego, objawy porażne ze strony nerwu krtaniowego dolnego. Niepozbawiony pewnej wartości rozpoznawczej jest t. zw. objaw Smitha, polegający na występowaniu szmeru nad rękojeścią mostka przy silnem przegięciu w tył głowy chorego (Brudziński [17]). Objaw ten spostrzegałem w 15% przypadków. Do pomysłów niezbyt szczęśliwych zaliczam sposób badania Neussera, który wprowadza do przełyku zgłębnik celem określenia wrażliwości gruczołów.

Wielu autorów niemieckich (Baudelier i Roepke [18]), De la Camp, Zabel [19]), zwłaszcza Dautwitz) [20]) podnosi w ostatnim czasie dużą wartość objawu Petruschkyego. Autor ten w r. 1903 stwierdził, że jeżeli gruczoły tchawi-

cznooskrzelowe ulegają obrzmieniu, to ugniatanie wyrostków kolczystych siedmiu górnych kręgów piersiowych wywołuje większą lub mniejszą bolesność. Na podstawie własnego doświadczenia sądzę, że sposób badania Petruschkyego może być zastosowany tylko u dzieci starszych i ludzi dorosłych i że prawidłową ocenę tego objawu utrudnia często ogólnie wzmożona wrażliwość osobnicza.

Podstawą rozpoznania gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych jest właściwie badanie fizyczne *). Czasami nawet w postaciach skrytych, przebiegających bez żadnych zgoła objawów, udaje się tym sposobem wykryć powiększenie gruczołów. U dzieci maleńkich ważną wskazówkę rozpoznawczą dają nam oględziny klatki piersiowej. Przy schorzeniu gruczołów, oprócz opisanej już duszności wydechowej, stwierdzić można zapadanie się podczas wdechu dolnej części mostka, nadbrzusza i żeber rzekomych. To zapadanie się klatki piersiowej, podług nowszych badań autorów francuskich (Guinon, D'OElsnitz), ma stanowić jeden z najważniejszych objawów powiększenia gruczołów we wczesnych okresach dzieciństwa.

Jakkolwiek położenie gruczołów w głębi klatki piersiowej zdaje się utrudniać stosowanie opukiwania, to jednak nie ulega wątpliwości, że w razie obrzmienia gruczołów możemy tą drogą zdobyć bardzo cenne wskazówki. W bardzo wielu przypadkach przy opukiwaniu słabem można stwierdzić przytłumienie lub skrócenie odgłosu opukowego, któremu zwykle towarzyszy uczucie oporu wzmożonego pod palcem i bardzo często wzmożone drżenie piersiowe. Zmianę odgłosu opukowego spostrzegamy bardzo często, w przeszło połowie przypadków, a w okolicy stawu mostkowoobojczykowego prawego i w okolicy przymostkowej drugiego międzyżebrza tej samej strony. Stłumienia przymostkowe lewostronne są mniej częste, nietylko ze względów auatomicznych, ale i z tego powodu, że gruczoły tej strony rzadziej ulegają schorzeniu. Przy stłumieniu na rękojeści mostka trzeba pamiętać o możliwości przerostu grasicy.

Niektórzy autorowie niemieccy (O. Müller)[21]) do najczęstszych objawów opukowych zaliczają skrócenie odgłosu po obu stronach stłumienia sercowego względnego (parakardiale Dämpfung). Na tylnej ścianie klatki piersiowej warunki badania są nieco trudniejsze, ale i tutaj, w razie znacznego obrzmienia gruczołów, możemy stwierdzić wązki pas stłumienia w okolicach przykręgowych, w obrębie między 1. i 6. kręgiem piersiowym (paravertebrale Dämpfung). Na podstawie własnych badań stłumienie przykręgowe obustronne na poziomie 5. kręgu piersiowego skłonny jestem zaliczać do objawów zupełnie prawidłowych. Obszerniejsze stłumienia międzyłopatkowe wnękowe są wyrazem nietylko bardzo znacznego obrzmienia gruczołów, ale najczęściej wynikiem przejścia sprawy gruźliczej na płuca (Philippi, Sluka).

Opukiwanie wyrostków kolczystych (v. Korányi, de la Camp, Nagiel, Michałowicz)[22]) niema poważniejszego znaczenia w rozpoznawaniu gruźlicy samoistnej u dzieci starszych i u ludzi dorosłych. Nawet przy niezbyt obfitej podściółce tłuszczowej wyrostki kolczyste niełatwo dają się opukać[23]). Przeciwnie u dzieci wychudzonych wskutek gruźlicy płuc lub innego cierpienia, jak to było w przypadkach Michałowicza, ten sposób badania może dawać wyniki dość pewne. W każdym razie, jeżeli uda się nam stwierdzić stłumienie na wyrostkach kolczystych, zwłaszcza 3. i 4., a poniekąd 5. i 6. kręgu piersiowego, mamy prawo rozpoznawać powiększenie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych.

Najważniejszą zdobyczą nowszych czasów w zakresie dyagnostyki fizycznej omawianego cierpienia jest t. zw. objaw D'Espinea[24]). Polega on na stwierdzeniu odgłosu oskrzelowego mowy na wyrostkach kolczystych pierwszych sześciu kręgów piersiowych: u dzieci małych tuż pod wyrostkiem 7. kręgu szyjnego, u dzieci starszych i ludzi dorosłych poniżej 1. i 3. kręgu piersiowego. Przy osłuchiwaniu głosu cichego lub szeptu odbieramy wrażenie bezgłośnego oddźwięku mowy, zwanego przez D'Espinea — »chuchotement« i mającego tę samą wartość objawową, co i odgłos oskrzelowy mowy. Ze wszystkich metod badania klinicznego sposób, podany przez D'Espinea, daje wyniki najlepsze. (Krantz, Roch, Bourdillon, Zabel, Leroux[25]).

Odgłos oskrzelowy mowy, słyszalny na jednym lub kilku wyrostkach kolczystych piersiowych (do szóstego włącznie), poniżej granicy, określonej wiekiem, stanowi jeden z najstalszych i najwcześniejszych objawów powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych. Czasami zdarzało mi się spostrzegać go przypadkowo u dzieci zołzowatych, raz nawet u dziecka 7-letniego zupełnie zdrowego, lecz przebywającego stale w otoczeniu gruźliczem. W niektórych skrytych postaciach gruźlicy gruczołów objaw D'Espinea występuje dopiero pod wpływem przyłączających się chorób, które wywołują znaczniejsze obrzmienie gruczołów (odra, krztusiec, grypa). — Inne objawy osłuchowe nie są stałe i charakterystyczne. Wspomnę o osłabieniu szmeru oddechowego, wydłużeniu wydechu, charakterze oskrzelowym oddechu.

Z powyższego widzimy, że badanie fizyczne klatki piersiowej i kręgosłupa ma bardzo ważne znaczenie w rozpoznawaniu powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych. Musimy jednak pamiętać, że inne choroby śródpiersia, n. p. guzy, przerost grasicy, niegruźlicze schorzenia gruczołów, obrzmienia białaczkowe (Zabel), mogą również wywoływać zbliżone objawy czynnościowe i fizyczne. Dlatego w każdym poszczególnym przypadku należy wyłączyć inne możliwe przyczyny powiększenia gruczołów i udowodnić, że dany osobnik jest zakażony gruźlicą. Zestawienie wszystkich objawów podmiotowych i przedmiotowych, wywiady, stałość niektórych objawów fizycznych, stwierdzona podczas dłuższej obserwacyi chorego — wszystko to pozwoli nam w wielu razach zoryentować się w położeniu i rozpoznać charakter gruźliczy cierpienia.

Ważne usługi w rozstrzygnięciu tej sprawy oddają próby tuberkulinowe miejscowe, a mianowicie próba skórna Pirqueta i ukłucie Escherícha-Schicka. W zużytkowaniu danych, otrzymanych tą drogą, trzeba jednak zachować pewną ostrożność. Jak wiadomo, pierwsze zakażenie ustroju gruźlicą następuje we wczesnych okresach dzieciństwa. Hamburger, stosując próbę tuberkulinową Pirqueta u dzieci zdrowych, klinicznie wolnych od gruźlicy, otrzymał następujące wyniki: W pierwszym roku życia odczyn Pirqueta

*) Brak miejsca nie pozwala mi na szczegółowe omówienie fizycznych sposobów badania. Niezmiernie ważne praktyczne znaczenie tej sprawy skłania mnie do poruszenia jej w związku z badaniami własnemi w referacie oddzielnym.

był zawsze ujemny, w drugim roku był dodatni u 5%, w trzecim u 9%, w szóstym u 50%, w dwunastym u 95% dzieci, poddanych badaniu. Widzimy z tego, że w ocenie wyniku odczynu tuberkulinowego w przypadku wątpliwym musimy przedewszystkiem uwzględnić wiek dziecka. Odczyn dodatni w pierwszych trzech latach życia będzie miał moc przekonującą, ten sam odczyn około 8—12. roku może świadczyć zarówno o świeżej sprawie gruźliczej, jak o dawno minionej, wyleczonej, wygasłej [26]). Odczyn ujemny próby Pirqueta, stwierdzony po upływie kilku dni ukłuciem Eschericha, u dzieci starszych pozwala wyłączyć cierpienie gruźlicze. Nie trzeba tylko zapominać, że nawet u osobników, dotkniętych gruźlicą, próby tuberkulinowe mogą wypaść ujemnie. Zdarza się to najczęściej po przebyciu odry i prawie zawsze w okresach charłactwa na tle posuniętej daleko sprawy gruźliczej miejscowej lub ogólnej.

Kończąc rzecz o rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych, wspomnę jeszcze w kilku słowach o badaniu promieniami Roentgena. Naogół badanie to nie ziściło wielkich nadziei, jakie początkowo w niem pokładano. Wyniki badań sekcyjnych niezawsze potwierdzają dane, otrzymane zapomocą rentgenografii i rentgenoskopii (Mouriquand [27]). W wielu przypadkach powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych, stwierdzonych na sekcyi, rozpoznanie ustalono za życia zapomocą opukiwania kręgosłupa (Michałowicz) i osłuchiwania (Zabel), a tymczasem w tych samych przypadkach prześwietlanie promieniami Roentgena dawało wyniki ujemne. W innych razach cienie na ekranie, mylnie brane za obrzmiałe gruczoły, nie znajdowały potwierdzenia w badaniu pośmiertnem. Trudności rentgenografii i rentgenoskopii tłumaczą się względami topograficznymi. Gromada gruczołów, dotkniętych najczęściej schorzeniem gruźliczem, położona jest między tchawicą i oskrzelami głównymi oraz podziałem tchawicy. Otóż cienie tej grupy gruczołów padają w obrębie głównego cienia pośrodkowego (Mittelschatten), odpowiadającego kręgosłupowi, mostkowi i sercu. Najdostępniejsze dla badania promieniami Roentgena są gruczoły oskrzelowopłucne, zwłaszcza na stronie prawej (Engel). Powtóre, cienie mniej lub więcej wyraźne dają tylko gruczoły zserowaciałe i zwapniałe.

Wartość tej metody badania w piśmiennictwie oceniana jest niejednakowo. Wielu autorów na podstawie szczegółowych badań anatomicznych i rentgenologicznych uważa ten dział rentgenodyagnostyki za najtrudniejszy, wymagający dużej wprawy i jeszcze większej ostrożności w odczytywaniu obrazów (D' Oelsnitz, Reyher). Zwłaszcza Engel [28]) całą tę sprawę traktuje z wielkim sceptycyzmem. Przeciwnie, inni autorowie, mając na względzie braki klinicznych sposobów badania, sądzą, że w rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów badanie promieniami Roentgena daje wyniki stosunkowo najlepsze. (Leraox, Baudelier i Roepke, Pirquet [29]), Drozdowicz [30]) i inni).

Jeszcze kilka słów o leczeniu. Pierwszorzędną rolę grają tutaj wszystkie te czynniki, które podnoszą sprawność ogólną ustroju i wzmagają jego odporność w walce z zakażeniem gruźliczem. Należy tu przedewszystkiem dobre i odpowiednie odżywianie, powietrze i słońce. Co się tyczy odżywiania, niektórzy autorowie, w myśl doświadczeń Czernyego, radzą podawać większe ilości tłuszczów, a ograniczać ilość mleka, węglowodanów i pokarmów, zawierających dużo soli (E. Müller [31]). W dążeniu do poprawy stanu ogólnego dziecka trzeba zachować pewną miarę. Tusza nadmierna, zmniejszając sprawność ogólną ustroju, nietylko nie zabezpiecza od zakażenia gruźlicą, ale czasami zdaje się nawet pobudzać do stanu czynnego skryte niewinne ogniska.

Klinicyści francuscy przypisują wpływ zbawienny, poniekąd swoisty, klimatowi morskiemu. Francya posiada cały szereg uzdrowisk nadmorskich, w których dzieci, jak n. p. w Cannes, spędzają kilka miesięcy z rzędu i bez względu na pogodę kąpią się codziennie po 1—3 minuty w morzu. Pobyt w górach jest również bardzo korzystny, chociaż na ogół mniej skuteczny, aniżeli nad morzem. Ważne usługi w zwalczaniu tej choroby oddają zdrojowiska słone, n. p. Ciechocinek, Druskieniki, a zwłaszcza położone w klimacie podgórskim: Iwonicz (405 m), Rabka (487 m), Rymanów (430 m). W większości jednak przypadków będziemy zmuszeni poprzestawać na dobroczynnym wpływie wsi naszej, trzeba tylko dążyć do wyzyskania na szerszą skalę wpływu powietrza i słońca.

W ostatnich czasach mówi się dużo o leczeniu słońcem czyli t. zw. helioterapii. Bodźcem do bliższego zainteresowania się tym sposobem leczenia były zdumiewające wyniki, jakie osiągnął Rollier (Leysin) w gruźlicy chirurgicznej pod wpływem naświetlań słonecznych. Sprawę tę poruszono w roku bieżącym na jednem z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego lwowskiego [32]) i w dyskusyi, jaka wywiązała się po odczycie Gabryszewskiego: »O leczeniu światłem«, kilku mowców (prof. Gluziński) wyraziło przypuszczenie, że ten sposób leczenia dałby się przeprowadzić w Zakopanem. Sądzę, że w tym kierunku możnaby pójść dalej i nietylko w górach, ale i na nizinach rozpocząć próby nad działaniem promieni słonecznych w różnych postaciach gruźlicy, między innemi w schorzeniu gruczołów tchawiczno-oskrzelowych. Do takiego wniosku upoważniają nas bardzo dobre wyniki naświetlania słonecnego w schorzeniu gruczołów szyjnych (Armand-Delille) [33]) i znakomity wpływ systematycznych kąpieli słonecznych w gruźlicy płucnej u dzieci (Malgat w Nicei) [34]).

Czy promienie Roentgena znajdą szersze zastosowanie w leczeniu gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych, trudno na podstawie dotychczasowych doniesień odpowiedzieć. Badania de la Campa [35]) nad gruźlicą doświadczalną oraz wyniki pomyślne w kilkunastu przypadkach gruźlicy płuc zdają się przemawiać za tem, że promienie Roentgena, dawkowane odpowiednio pod względem ilościowym i jakościowym, mogłyby oddać również pewne usługi w schorzeniu gruczołów.

W zakresie chemoterapii nowsze czasy nie zaznaczyły się żadną poważniejszą zdobyczą. Próby nad działaniem związków złota i miedzi chyba wypadną ujemnie. Ze środków lekarskich zasługuje na uwagę przedewszystkiem tran. Czasami trzeba będzie uciekać się do pomocy arszeniku, żelaza, jodu, rzadziej przetworów kreozotowych. Ważne znaczenie w leczeniu gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych mają środki zewnętrzne, odciągające, stosowane systematycznie przez czas dłuższy na klatkę piersiową. We Francyi jest w ogólnem użyciu nalewka jodowa, w Niemczech — szare mydło. To ostatnie najlepiej stosować

w postaci bezwonnej i mało drażniącej maści, która znajduje się w handlu pod nazwą sudianu.

Leczenie swoiste zapomocą wstrzykiwań tuberkuliny ma wielu zwolenników w Niemczech (Dautwitz). Podług Baudeliera i Roepkego [37]), przy ostrożnem i powolnem zwiększaniu dawek nawet gorączka i chudość nie stanowi przeciwwskazania do użycia tuberkuliny. U nas Dębiński [38]) zastosował ją z powodzeniem w dwóch przypadkach gruźlicy gruczołów. Nie sądzę jednak, żeby cierpienie o charakterze względnie łagodnym, z wielką skłonnością do samorodnego wyleczenia się, jakiem jest gruźlica gruczołów miało stanowić wskazanie do użycia środka wartości bądź co bądź problematycznej, który w dodatku w rękach lekarza niedoświadczonego może przynieść raczej szkodę, aniżeli pożytek. W r. 1913 obudziła żywe zajęcie lekarzy i publiczności w Niemczech nowa szczepionka Friedmanna [39]), polecona jako zupełnie nieszkodliwa przez Schleicha, Krausa, Ehrlicha, i zachwalana bardzo przez E. Müllera. Szczepionka ta jest zawiesiną żywych prątków kwasoodpornych, wyhodowanych u żółwia i osłabionych przez Friedmanna w ten sposób, że wywierając silny wpływ uodparniający w ustrojach ciepłokrwistych, ma być ona dla nich najzupełniej nieszkodliwą i niejadowitą. Cały szereg badań, podjętych celem sprawdzenia zbawiennego wpływu szczepionki, nie usprawiedliwił nadziei w niej pokładanych. Najczęściej po wstrzyknięciu występował bardzo silny odczyn i pogorszenie objawów, raz nawet spostrzegano przypadek zejścia śmiertelnego. Dlatego Selzer w swym referacie zbiorowym ostrzega najusilniej przed stosowaniem szczepionki Friedmanna w celach zarówno leczniczych, jak zapobiegawczych, a Sekcya zakopiańska Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłasza osobne ostrzeżenia.

Gdyby w poszczególnych przypadkach okazała się istotnie potrzeba leczenia swoistego, to chyba najodpowiedniejszem byłoby naskórne zastosowanie tuberkuliny, podane świeżo przez Petruschkyego (1914) [40]). Polega ono na wcieraniu kolejnem w różne części ciała mazi tuberkulinowej (Tuberkulin-Liniment) w dawkach maleńkich, powiększanych stopniowo od 1 do 4 kropli. Wielką zaletę tej metody ma stanowić zupełna jej nieszkodliwość oraz możność oddania środka leczniczego w ręce chorego lub jego rodziny.

**Piśmiennictwo.** 1) F. Bezançon et M. Labbé. Maladies du systeme lymphatique. XXV w Nouveau Traité de medecine. Paris 1911, str. 87. — 2) Czajkowski. O niektórych powikłaniach ostrego samoistnego nieżytu gardzieli. Gazeta lek. 1891.— 3) cyt. podług Prof. Oertel. Die chemische Mandelgrubeninfektion und ihre Behandlung durch Tonsillektomie. Beiträge zur Anat., Phys., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase u. des Halses. T. VI, Z. 2. 1913, str. 177. — 4) Doc. Dr M. Franke i H. Schusterówna. O znaczeniu etyologicznem schorzenia migdałków w sprawach t. zw. gośćcowych ostrych. Osobne odbicie z Przegl. lek. 1912, Nr 3, str. 17. — 5) F. Erbrich. O stosunku przewlekłych zwykłych i ropnych zapaleń migdałków podniebiennych do niektórych cierpień narządów wewnętrznych, jakoteż do miejscowych cierpień gardzieli i samych migdałków. Gazeta lek. 1913, Nr 45, str. 1271. — 6) L. Batawia. Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego oraz kilka uwag o istocie anginy i t. zw. powikłań anginowych. Gazeta lek. 1911, Nr 44 i 45. — 7) Szmurło. Tonsillotomia czy tonsillektomia? Gazeta lek. 1913, Nr 44. — 8) F. Erbrich. O zupełnem wyłuszczeniu migdałków podniebiennych (enucleatio tonsillarum). Gazeta lek. 1911, Nr 3. — 9) D'Espine. Acad. de med. 23 Juillet 1907. cyt. podług Ph. Bourdillon: Maladies du mediastin IV w La pratique des maladies des enfants Paris 1911 str. 633. — 10) Calmette. Drogi zakażenia gruźliczego. Gazeta lek. 1913 Nr 43. — 11) J. Raczyński. W sprawie gruźlicy u dzieci, osobne odbicie z Przeglądu lek. 1900 str. 9. — 12) H. Philippi. Das klinische Gesamtbild der endothorakalen Drüsen- u. Lungenhilustuberkulose der Erwachsenen. Beitr. zur Klinik d. Tuberkulose. Bd. XXI. 1911. — 13) W. Sukiennikow. Topographische Anatomie der bronchialen u. trachealen Lymphdrüsen. Dissert. Berlin 1903. — 14) L. D' Oelsnitz. Caractères des troubles respiratoires et des images radioscopiques dans l'adenopathie tracheobronchique de la première enfance. Revue gén. de la med. franç. Przekład rosyjski pod redakcyą Rista i Bronisławskiego, 1912, Nr 39, str. 1054. — 15) De la Camp. Die klinische Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose. Ergebn. der inneren Med. und Kinderheilk. 1908. — 16) Siracoff. Ein wichtiges äusserliches Symptom der beginnenden Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. T. XI. Z. 5. 1907. — 17) J. Brudziński. Przyczynek do rozpoznawania przerostu gruczołów chłonnych okołooskrzelowych u dzieci. O objawie Smitha. Gazeta lek. 1900, Nr 22.— 18) Bandelier und Roepke. Die Klinik der Tuberkulose. Würzburg 1912, str. 594. — 19) B. Zabel. Bronchialdrüsendiagnostik. Münch. m. Woch. 3. December 1912, Nr 49. — 20) Dautwitz. Ueber Diagnose und spezifische Behandlung der latenten endothorakalen Drüsentuberkulose des kindlichen Alters. Beiheft zur med. Klinik. 1908, Nr 9, str. 247. — 21) O. Müller. Ueber Bronchialdrüsentuberkulose. Medizinisches Correspondenz-Blatt des Württemberg. ärzt. Landesvereins 13 November 1909, Nr 46, str. 926. — 22) M. Michałowicz. Opukiwanie kręgosłupa u dzieci w gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych. Przegląd pedyatr. 1909, Z. VI, str. 540. — 23) S. Starkiewicz. Gruźlica u dzieci w świetle najnowszych badań i poglądów. Nowiny lek. 1912, Nr 8, str. 463. — 24) M. A. D'Espine. Le diagnostic précoce de la tuberculose des ganglions bronchiques chez les enfants. Bull. de l'Academie de méd. Nr 5, 29. I. 1907, str. 168. — 25) Leroux. L'adenopathie tracheobronchique dans ces rapports avec la tuberculose chronique pulmonaire chez les enfants. Paris 1908. — 26) K. Lewkowicz. Gruźlica u dzieci. Przegląd lek. 1910, Nr 4, str. 50. — 27) Mauriquand. Lyon medic. Mars 1906 cyt. u Bourdillona: Maladies du mediastin. — 28) Prof. Engel. Beiträge zur Röntgendiagnostik der Bronchialdrüsenvergrösserung. Med. Klinik, 1913, Nr 9, str. 336. — 29) Pirquet. Die Tuberkulose. Rozdział w podręczniku E. Feer. Lehrbuch der Kinderh. II. Aufl. Verlag Fischer, Jena 1912. — 30) F. Drozdowicz. Badanie promieniami Roentgena, jako metoda dyagnostyczna płuc, jej wartość i zakres. Gaz. lek. 1913, Nr 2. — 31) Prof. E. Müller. Die Tuberkulose im Kindesalter, ihre Behandlung und Prophylaxe. Med. Klinik 1914, Nr 4, str. 141. — 32) Lwowski Tygodnik lek. 1914, Nr 13. Posiedzenie naukowe z d. 26. II. — 33) P. F. Armand-Delille. L'heliothérapie. Monographie clinique. Paris 1914, str. 21. — 34) J. Malgat. La cure solaire, les bains solaires chez les enfants. Traitement de la tuberculose. I. Chapitre. Les cures d'eaux, d'air et de régimes chez les enfants. Paris 1910, str. 52. — 35) Prof. de la Camp. Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit Roentgenstrahlen. Med. Klin. 1913, Nr 49. — 36) Prof. de la Camp, Freiburg. Über Strahlentherapie der experimentellen und menschlichen Lungentuberkulose. Beitr. zur Klinik der Tuberk. VII Supplementband. 1914, str. 327. — 37) Bandelier u. Roepke, Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. Würzburg 1911, str. 256. — 38) B. Dębiński. Wartość terapeutyczna tuberkuliny i wskazania do jej stosowania. Gazeta lek. 1913, Nr 45. — 39) M. Selzer. O szczepionce Friedmanna, jako środku leczniczym i ochronnym w gruźlicy. Lwowski Tygodnik lek. 1914, Nr 17.— 40) Prof. Petruschky. Über eine Vereinfachung der spezifischen Therapie für die spezifische Tuberkulosebekämpfung in grösserem Stil. Beitr. zur Klinik der Tuberk. T. XXX. Z. I. 1914, str. 201.

# O zadaniach społecznych lekarza prowincyonalnego w naszych warunkach.

przez

**Dr Adama Jarosińskiego** (Sterdyń).

(Odczyt zgłoszony na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Król. Pol. w Lublinie w maju 1914 r.).

»O ile powiększycie i polepszycie dusze wasze, o tyle polepszycie prawa wasze i powiększycie granice...« A. Mickiewicz.

Warunki ogólne w Królestwie Polskiem powstrzymały w ostatniem stuleciu rozwój kultury naszego narodu we wszystkich jego dziedzinach.

Osobliwie po roku 1863, gdy wszelka myśl zamarła, gdy nastąpiła zupełna dezoryentacya społeczeństwa naszego, gdy w sferze myśli tylko ruch pozytywistyczny zdolny był wyprowadzać naród z rumowisk myślowych i cmentarzysk ideowych, gdy warunki polityczne kraju tak się składały, że o żadnej szerszej społecznej pracy mowy być nie mogło, nagromadziło się mnóstwo niezaspokojonych potrzeb, wskutek czego pozostaliśmy daleko w tyle poza społeczeństwami kulturalnemi, w szeregu których stale podążaliśmy.

Rozglądając się naokoło siebie i spoglądając w głąb społeczeństwa naszego, musimy zdumiewać się ogromem zła i niedoli naszej. W którąkolwiek stronę spojrzymy, wszędzie zło i brzydota, zewsząd dolatują nas echa skarg i jęków, a świetlanych obrazów zbyt mało.

Słyszymy skargi na lud nasz, że jest ciemny i zabobonny, że jest niechlujny, leniwy, często nieuczciwy, niemoralny, ulegający pijaństwu.

Mówi się o naszych rzemieślnikach, że są nieucywilizowani, nieakuratni, niesumienni, a często zuchwali.

Często słyszymy skargi na młodzież naszą, że jest zdemoralizowana, lekceważy starszych, że często się burzy i zakłóca spokój publiczny, że niezawsze postępuje poprawnie.

Wiemy, że w miastach naszych szerzy się zepsucie, że mężczyźni są wyuzdani, zuchwale uprawiają rozpustę, że życie rodzinne w wielu przypadkach rozprzężone.

Mordy, zbrojne napady i procesy skandaliczne lat ostatnich zniesławiają nas po całym świecie i świadczą, że upadamy moralnie, że chciwość, chęć użycia górują ponad wszystko, że idealizmu życiowego w nas coraz mniej.

Narzekamy na brak swojskiego handlu i przemysłu, na ziemię, że nie wydaje plonu obfitego.

Stwierdzamy, że higiena u nas jest w zaniedbaniu, że śmiertelność znaczna i wynosi 28‰, że choroby nagminne, jak złe węże, pełzają po kraju i zabierają tysiące ofiar, że gruźlica jest postrachem ludności, że miasteczka i wsie nasze brudne, plugawe, budowane z łatwo palnego materyału, że często stają się pastwą płomieni.

Dziwimy się, że więzienia nasze przepełnione, że na alkohol wydajemy przeszło 40 milionów rubli rocznie, wtedy, gdy brak nam szkół, gdy mamy 70% analfabetów, gdy brak nam szpitali, domów i kąpieli ludowych, gdy drogi komunikacyjne są marne, a wylewy rzek sprawiają corocznie nieobliczalne straty.

Gdzie przyczyny tylu zła?

Czy istotnymi winowajcami są: lud wiejski, rzemieślnicy, młodzież, naród nasz?

O, nie narzekajmy na nasz naród, bo on jest lepszym od wielu narodów: to materyał bogaty, tylko nie wyzyskany, a co gorsza, srodze zaniedbany. Nie narzekajmy na lud nasz wiejski, na rzemieślnika, gdyż to bryły złota, chociaż jeszcze nieoszlifowane. Złą również nie jest i młodzież nasza, która ma w sobie wiele cech dodatnich i jest inteligentna; wystarczy do niej zbliżyć się z sercem gorącem i ze snopkiem zdrowego światła, a przekonamy się, jakie to skarby w tych młodych duszach się kryją. Nie narzekajmy też na naszą glebę, gdyż uprawiana starannie i z miłością staje się dla nas dobrą matką-żywicielką.

Kraj nasz jest bogaty, zdolny wyżywić wielką mnogość ludu, tylko nie zagospodarowany, nie urządzony. Trzeba podnieść oświatę, moralność, higienę, stworzyć odpowiednie środki komunikacyjne, uchwycić handel i przemysł w swoje ręce, a staniemy się jednym z najbogatszych narodów Europy.

Gdy obecna gospodarka nasza jest złą i nieumiejętną, oczywiście nie można winić tych, którzy zajmują stanowisko podrzędne, są ubodzy i muszą ciężko na chleb pracować. Wina naszych niedoborów społecznych leży po części w warunkach politycznych, w zależności i skrępowaniu, w jakich pozostajemy, w różnych utrudnieniach, z jakiemi każda zacna inicyatywa na każdym kroku się spotyka; w części zaś w nas samych.

Zaprzeczyć nie można, że okoliczności, w których się obracamy, są nam wrogie, wskutek czego wszelki czyn, bądź pojedynczy, bądź zbiorowy, są sparaliżowane, czem doprowadzani bywamy do zniechęcenia i apatyi.

Jednakże, »kto chce, ten wiele może, byle tylko chciał naprawdę« !

Przy silnej woli, zwłaszcza zbiorowej, zapory nie istnieją, trudności pierzchają, i gdybyśmy w naszych warunkach skrępowania to wszystko byli zdziałali, co nam pozostawało do zdziałania, to nie mielibyśmy obecnie powodu do narzekania. Przedewszystkiem więc należy otrząsnąć się z apatyi i zniechęcenia, powiedzieć sobie, że musimy zło naprawić, odrodzić się i zjednać dla siebie poważanie u obcych, jakie stopniowo tracimy. Tą myślą powinniśmy być wszyscy przejęci, osobliwie klasy możne i inteligentne.

Jakaż rola przypada w udziale lekarzowi?

Karol Libelt powiada o człowieku, że jest początkiem i końcem sztuk pięknych, jest ichześrodkowaniem. Jest to chodząca architektura, chodzące snycerstwo i malarstwo. Bo człowiek jest mieszkaniem i przybytkiem ducha, jest cielesną jego postacią, jego posągiem, jest jego kolorowym obrazem; w nim jest poezya i melodya. Zawód lekarza, mający na celu przywrócenie choremu człowiekowi zdrowia, jego pięknych cech zewnętrznych, uszkodzonych przez chorobę, jest estetycznym i wzniosłym. Na lekarzy przeto powinni kształcić się ludzie, którzy przejęci są tym wzniosłym celem, ludzie mający powołanie. Obok powołania musi być i odpowiednia wiedza, należyte przygotowanie do pracy.

Prowincya nasza, nie wyłączając i małych miasteczek, potrzebuje umiejętnych i samodzielnych lekarzy, którzyby umieli radzić sobie w poszczególnych przypadkach. Łatwiej

niedoświadczonemu lekarzowi z pożytkiem pracować w dużem mieście, gdzie są pod ręką szpitale i doświadczeni koledzy, — niż takiemuż lekarzowi, samotnie mieszkającemu w zapadłym kącie.

Nasz lud dziś chętnie się leczy, potrzebuje jednak dzielnych lekarzy. Błąd przeto czyni nasz polski lekarz, gdy zaraz po studyach uniwersyteckich osiedla się w małem miasteczku, gdyż, zanim nabędzie doświadczenia w wykonawstwie lekarskiem, nieraz przez długi okres czasu będzie zrządzać sobie i ogółowi krzywdę.

Lekarz, mający zamiar osiąść na prowincyi, bezwarunkowo powinien odbyć praktykę na oddziałach szpitalnych, których kierownicy doskonale rozumieją swoje społeczne zadanie i zawsze chętnie przyjmują młodych lekarzy, wypełniając tem braki w wykształceniu uniwersyteckiem.

A braków tych, osobliwie w uniwersytecie warszawskim, który od r. 1869, przekształcony ze Szkoły Głównej, stał się dla kraju instytucyą obcą, jest dużo. Uniwersytet warszawski jest bardziej dla nas obcy od każdego uniwersytetu zagranicznego, nie rozlewa bowiem wiedzy na kraj, nie bierze udziału w pracach, mających na celu uzdrowotnienie kraju, w pracach sanitarno-społecznych lub nawet statystycznych.

Konieczność odpowiedniego przygotowania się do pracy na prowincyi dotyczy osobliwie lekarzy szpitalnych i należy poczytywać za nieetyczne i niespołeczne, jeżeli o miejsce lekarza szpitalnego stara się lekarz, nie posiadający zamiłowania w pracy szpitalnej, nieobeznany z chirurgią, położnictwem, cierpieniami oczu i t. d. Wszak zdobycie zaufania ogółu do leczenia szpitalnego, jako najkorzystniejszego dla ludzi ubogich, powinno być naszym celem, na rozwoju bowiem szpitalnictwa powinno być oparte racyonalne lecznictwo ludowe. Potrzeba nam przeto przedewszystkiem dobrych i dzielnych lekarzy szpitalnych, od lekarza bowiem, jak wiemy, wiele zależy, by dany szpital cieszył się zaufaniem, prawidłowo działał i był prawdziwą ostoją dla cierpiących i nieszczęśliwych.

Specyalne zadanie ma lekarz szkolny.

Dziś, z małymi wyjątkami, nie mamy należycie zorganizowanego dozoru lekarskiego przy szkołach, zwłaszcza w szkołach rządowych. Lekarze tych szkół, zajmujący jednocześnie inne stanowiska i nic wspólnego nie mający z naszem społeczeństwem, nie mogą wiedzieć, czego od młodzieży naszej szkolnej trzeba wymagać, a co można uwzględnić. Lekarz taki, nie znający ojczystego języka uczniów, w którym chorzy najłatwiej swoje skargi i cierpienia mogą wypowiedzieć, traktuje zajęcie lekarza szkolnego, jako poboczne i nie może doskonale poznać młodzieży pod względem rozwoju fizycznego i umysłowego, ani też być tej młodzieży doradcą i opiekunem.

Lekarz szkolny, przejęty swojem powołaniem, będący przyjacielem młodzieży, może niejednokrotnie uchronić młode i wrażliwe dusze od zgubnych nałogów, może wyświetlić i umotywować stan umysłowy i fizyczny ucznia i polecić rodzicom odpowiednie postępowanie; może być najlepszym doradcą dla ucznia w wyborze stanu, może wpłynąć na stan higieniczny pomieszczeń szkolnych, często może zabezpieczyć szkołę od wtargnięcia chorób zakaźnych. Wogóle lekarz szkolny, wykładając w szkole naukę higieny, znając stan fizyczny i umysłowy każdego ucznia i posiadając głos w radzie pedagogicznej, wiele może uczynić w tak ważnej sprawie, jak wychowywanie młodzieży.

Nietylko lekarz szpitalny i szkolny mogą być pożyteczni ogółowi: lekarz na każdem stanowisku, czy to jako lekarz powiatowy, czy miejski, czy fabryczny lub więzienny, czy dominialny lub wolnopraktykujący, może wiele dobrego czynić, byle pamiętał, że wykonawstwo lekarskie i praca zawodowa lekarza nie wyczerpują jeszcze w całości zadań lekarza.

Jest wiele ułomności cielesnych i duchowych, które zależne są od ustroju danego społeczeństwa, od kultury, warunków społecznych i higienicznych danego kraju. Lekarz przeto, szeroko pojmujący swoje zadanie, powinien mieć na względzie nietylko leczonych przez siebie chorych, ale i całe społeczeństwo, którego jest członkiem. W stosunku do chorych lekarz nie powinien być automatem opukującym i osłuchującym, piszącym recepty, a baczniejszą powinien zwracać uwagę na czynniki, które choroby wywołują, nietylko leczyć chorobę, ale cierpieniom zapobiegać. A tych czynników, jak wyżej mówiłem, u nas jest wiele i polski lekarz powinien dokładnie zdawać sobie z nich sprawę.

Przedewszystkiem my lekarze powinniśmy uświadomić sobie, że po 1905 r. warunki naszego życia zmieniły się na lepsze, gdy posiadamy choć drobne przedstawicielstwo w Izbie Państwowej i jako tako możemy prowadzić walkę polityczną, gdy została ogłoszona tolerancya religijna i zniesiono cenzurę, gdy powstało prawo o stowarzyszeniach i mamy nadzieję uzyskania samorządu miejskiego i wiejskiego, gdy wogóle otwarło się nieco szersze pole do pracy społecznej.

Następnie powinniśmy wiedzieć, że w kraju naszym w ostatnich czasach odbywa się szybkie przeobrażenie, z narodu bowiem szlacheckiego stajemy się narodem chłopskim i na czoło naszego narodowego życia wysuwa się obecnie lud wiejski; że dziś na wsi skupiają się najważniejsze nasze sprawy i układ stosunków społecznych na wsi będzie stanowić o naszej przyszłości.

Lekarz powinien odczuwać to, że lud nasz potrzebuje jeszcze kierowników i że przed naszą inteligencyą leży otworem pole wielkiej i twórczej pracy, że do pracy tej potrzeba rąk i głów jaknajwięcej, by pracę tę przyspieszyć i jaknajprędzej pożądane wyniki otrzymać; że przy warsztatach tej pracy powinni stanąć wszyscy, kogo stać na to, i że my lekarze, osobliwie prowincyonalni, stale stykający się z ludem, nie powinniśmy pozostawać w tyle poza ruchem, jaki żywo już tętni na wsi naszej.

Przedewszystkiem lekarze powinni jednomyślnie starać się ująć w swe ręce wszystko to, co wchodzi w zakres medycyny społecznej, t. j. cały dział higieny, by podnieść stan sanitarny kraju, by współdziałać w zmniejszeniu śmiertelności.

Śmiertelność u nas jest duża i wynosi 28 na tysiąc ludności. W innych krajach Europy śmiertelność jest następująca:

| | |
|---|---|
| w Szwecyi. . . . . . | 16,3 |
| w Anglii . . . . . . | 18,4 |
| w Belgii . . . . . . | 19,6 |
| w Szwajcaryi . . . . | 19,8 |

we Francyi . . . . . . 21,6
w Niemczech . . . . . 23,0

To nasze upośledzenie występuje wyraźnie nietylko w stosunku do zachodu, lecz nawet w porównaniu z Cesarstwem. Tak naprzykład dur brzuszny w guberniach nadbałtyckich stanowi 0,34% wszystkich przypadków zachorowań, w samorządnych guberniach Rosyi 0,81%, u nas 1,4%. Ospa w guberniach nadbałtyckich stanowi 0,48%, w ziemskich guberniach 0,31%, u nas 3,1%. Tożsamo można powiedzieć o błonicy, płonicy i innych chorobach zakaźnych, które stale dziesiątkują ludność naszą.

Że zmniejszenie śmiertelności już w prędkim czasie jest możliwe, dowodzą stosunki na zachodzie. Tak naprzykład w Berlinie w 1872 r. śmiertelność wynosiła jeszcze 31‰, a w 1895 r. 17,5‰. W całej Anglii śmiertelność od 1880 r. do 1897 r. spadła z 31,9‰ na 17,4‰, w Niemczech w tymże czasie z 26,9‰ do 21,3‰, a w Szwajcaryi z 21,9‰ do 17,4‰. W Warszawie po zaprowadzeniu kanalizacyi i wodociągów śmiertelność zmniejszyła się o jedną trzecią. W Galicyi spadła śmiertelność z 41·2‰ w r. 1872 na 27·85‰ w r. 1905.

Gdybyśmy mogli dojść do tego stanu, w jakim są dziś Niemcy, to mielibyśmy przeszło o 100.000, a w zestawieniu ze Szwecyą o 170,000 rocznie mniej przypadków śmierci. Nie trudno wyliczyć, jakie z tego stanu rzeczy ponosimy materyalne straty, nie wliczając w to strat natury moralnej.

Na tak duży odsetek śmiertelności u nas wpływają różne czynniki, które można uszeregować w następujący sposób: 1) ubóstwo ludu naszego, wywołujące niedostateczne odżywianie się przy nadmiernie ciężkiej pracy, 2) wysoce niehigieniczne urządzenie mieszkań, ciasnota w izbach, fatalne oświetlenie i niedostateczne opalanie, 3) brak czystej i zdrowej wody, 4) duża liczba martwych noworodków po wsiach, gdzie się odczuwa brak pomocy położniczej, 5) nieumiejętne karmienie niemowląt i nieszczęśliwe wypadki z dziećmi pozbawionemi ochronek, 6) niedostateczne szczepienie ospy, 7) brak należytej pomocy lekarskiej, a jednocześnie panowanie zabobonów i przesądów w razie choroby, 8) choroby zakaźne, którym sprzyja brud i z któremi obecnie prawie wcale nie prowadzi się walki, 9) alkoholizm, który jednocześnie gnębi nas materyalnie i moralnie, 10) brak znajomości higieny nietylko wśród włościan, lecz i inteligencyi, a często i niemożność stosowania higieny.

Wszystkie te czynniki obok ciemnoty, niezrozumienia potrzeb własnych i biernego poddawania się »Woli Bożej« wpływają na dużą u nas śmiertelność, i gdyby nie silna rozrodczość ludu naszego, to niewesołe horoskopy w tych warunkach moglibyśmy stawiać na przyszłość.

Wina, że u nas źle się dzieje, że miasteczka i wsie nasze są plugawe, że mamy dużą ilość chorych i znaczną śmiertelność, że trwonimy miliony na alkohol, leży nietylko po naszej stronie. Jest to wina w wielkim stopniu tych sfer, które stanowią u nas opiekę zdrowia publicznego. Przytoczę tu słowa Dra Polaka, wypowiedziane na Zjeździe higienistów Król. Pol., przed 5 laty odbytym tu w Lublinie.

Dr Polak mówił:

»Nie mamy w tym kraju ani zapomóg, ani kredytów na cele zdrowia publicznego, ani innej pomocy, ani zachęty nawet, co mówię, nie mieliśmy pozwolenia pracować dla zdrowia, zdobyliśmy je dopiero przed 10 laty, po wielu odmowach«.

»Gdy w Anglii, Danii, Niemczech, Francyi, Szwecyi, Norwegii, Holandyi, Belgii, Włoszech, Austryi, rząd z gminą łączą usiłowania swe, wydając setki milionów na organizacyę sanitarną i pomoc, u nas zdrowie publiczne »powierzono« kilku urzędnikom, nie znającym ani kraju, ani ludu, a każdy projekt, każdy wydatek przechodzi przez cenzurę urzędniczą o setki mil od nas. Gdy w sąsiednich Niemczech przez połączenie świetnej, na podstawach szerokiego samorządu opartej organizacyi i pomocy władz, miasta w krótkim czasie doszły do kwitnącego stanu zdrowotnego, u nas brak pomocy i żelazna obręcz, ściskająca inicyatywę społeczną, raczej usiłowała zgnieść postęp na polu higieny. Ten ciężki kamień, zastępujący lekką, w ciągłym ruchu będącą machinę sanitarną państw postępowych, tę bryłę nieczułą na setki tysięcy zgonów z chorób, którym zapobiedz można i należy, bryłę, którą tylko jakiś o tysiąc mil zaszły przypadek cholery zdawał się cokolwiek poruszać«.

Tyle powiedział Dr Polak.

Istotnie inicyatywa społeczna i prywatna u nas w kierunku uzdrowotnienia kraju jest trudna, jest jednak do pewnego stopnia dziś możliwa, i nasze Towarzystwo higieniczne, jak również lekarze, mający ciągłą styczność z ludem, mogą wiele zrobić.

Przedewszystkiem, rozwijając myśl, którą już niejednokrotnie w prasie poruszano, powinniśmy wypracować odpowiedni program, określający, co należy uczynić, by podnieść zdrowotność wsi i miasteczek naszych. Podobne programy należy wypracować również co do opieki lekarskiej nad szkołami i fabrykami, gdzie panujące dziś stosunki w tym względzie są nienormalne i pozostawiają wiele do życzenia. Programy te, jako wyraz koniecznych potrzeb naszego społeczeństwa, powinny być przez nasze przedstawicielstwo przedstawione Izbie Państwowej z odpowiedniem zaznaczeniem, że wszelkie zamiary i dotychczasowa działalność władz w zakresie szpitalnictwa i wogóle lecznictwa, podjęte z ubocznym celem i bez czynnego udziału społeczeństwa, zawsze u nas kończyły się niepowodzeniem; następnie, że higiena i lecznictwo ludowe u nas muszą być składową częścią ogólnej ekonomicznej gospodarki krajowej i w związku z nią traktowane.

Wychodząc z zasady, że uzdrowotnienie kraju nie może być wprowadzone w życie z powodzeniem, o ile w tej działalności nie weźmie świadomego udziału sama ludność, powinni lekarze wziąść się gorliwie do uświadamiania ogółu. Koniecznem jest obudzić w ludności przekonanie, że stosowanie zasad higieny jest korzystne przedewszystkiem dla samejże ludności. Niestety pod tym względem u nas nietylko lud, lecz często i inteligencya odznacza się zupełną ignorancyą. Nie możemy powiedzieć, by nasi ziemianie, księża, nauczyciele ludowi i t. p. byli wykształceni w zakresie higieny. Dlatego też lekarze powinni wpływać na te sfery i głosić zasadę, że wprowadzenie nauki higieny do wyższych i niższych szkół rolniczych, do seminaryów duchownych i nauczycielskich, do gimnazyów, do uniwersytetów na wszystkich wydziałach, a na-

wet do szkół ludowych w postaci pogadanek higienicznych, jest konieczne. Nie należy tu pomijać i innych dróg, jak propagowanie higieny zapomocą broszur ludowych, ulotnych przepisów, rozdawanych szeroko ludności, jak należy zachować się w chorobie i co czynić należy, aby nie zapaść na nią.

Największe jednak w tym względzie znaczenie może mieć żywe słowo — odczyty ludowe w zakresie higieny. W tych odczytach i pogawędkach, wygłaszanych w różnych zakątkach naszego kraju, należy kłaść nacisk na to, że uzdrowotnienie naszego kraju, wprowadzenie racyonalnej pomocy lekarskiej przez zakładanie dobrze urządzonych szpitali i zaprowadzenie powszechnego ubezpieczenia na wypadek choroby i niezdolności do pracy, są konieczne.

Dziś lekarz ma wolny wstęp do kółek rolniczych, do domów ludowych, do kooperatyw, licznie przez włościan zakładanych, ma tam prawo głosu i może mieć posłuch. Niech pracy tej wśród ludu nie unika, niech się zaprawia do pracy społecznej, gdyż po zaprowadzeniu u nas samorządu, co bądź-co-bądź kiedyś nastąpi, rola lekarza będzie dużą i poważną. Niech już dziś lekarz zdaje sobie dokładnie sprawę z fizycznych i moralnych naszych niedomagań, niech całem sercem i duszą współdziała w podniesieniu narodu, niech zdanie swoje wypowiada śmiało i otwarcie, niech głos jego jaknajczęściej dochodzi do uszu i świadomości tych, od których zależy poprawa naszych warunków.

Lud nasz dziś nietylko chętnie czyta, ale chętniej jeszcze słucha dobrych rad, żąda ich i często się do nich stosuje, więc według dawno wypowiedzianej nad Gangesem maksymy:

»Idź za głosem narodu,
on najwięcej niech znaczy,
i przywykaj za młodu
iść za głosem narodu.

Dla żadnego powodu
nie czyń nigdy inaczej —
idź za głosem narodu,
on najwięcej niech znaczy« *).

Lekarz na równi z kapłanem ma wstęp wszędzie, może jako lekarz i człowiek skorzystać ze swojego położenia, swojego stanowiska przyjaciela ludzkości, może w każdym przypadku być aniołem opiekuńczym, gdyż o ile jest przejęty swojem posłannictwem, chętnie jest wszędzie widziany i słuchany.

Nasi lekarze niejednokrotnie przyczyniali się do powstawania u nas w kraju pożytecznych instytucyi społecznych; wspomnę tu o szpitalach, które w większości przypadków zawdzięczają swój początek lekarzom, wspomnę o Towarzystwie higienicznem, o sanatoryach w Rudce i Drewnicy, o Pogotowiu ratunkowem w Warszawie i Łodzi, o Ogrodach dziecięcych, o Lidze przeciwgruźliczej, o instytucyi »Kropli mleka«, o stowarzyszeniu przeciwalkoholowem »Przyszłość« i t. d. Wszystkie te instytucye powstały dzięki inicyatywie dzielnych uspołecznionych lekarzy.

My tu dziś zebrani żywo odczuwamy potrzeby i braki naszego biednego kraju, naszego zaniedbanego społeczeństwa i pragniemy w miarę sił i możności przyczyniać się do poprawienia stanu rzeczy.

*) Myśli z nad Indu i Gangesu.

Powiedzmy dziś sobie, że pamiętamy o prawie rządzącem życiem, na mocy którego nic na miejscu nie pozostaje, a wszystko postępuje i doskonali się, że jedna praca ukończona nie daje prawa do wypoczynku, ale każe iść dalej, sięgać po coraz nowsze zdobycze, jest początkiem drugiej pracy, jest jednym ze szczebli drabiny, po której wspinać się należy.

Powiedzmy sobie, że pamiętamy również o jeszcze jednem prawie rządzącem przyrodą, na mocy którego każdy ustrój żyjący na to tylko czerpie materye odżywcze ze swego otoczenia, by mu je w odpowiedniej przemianie zwrócić z procentem, że zgadzamy się z tem, że ustrój nieprocentujący jest zjawiskiem nieprawidłowem, jest pasorzytem, zasługującym na zagładę, ponieważ nie wzbogaca, przeciwnie zuboża i krzywdzi.

Oby lekarz polski jasno zdawał sobie sprawę z fizycznych, moralnych i społecznych naszych niedomagań, oby był lekarzem w całem tego słowa znaczeniu, leczył wszelkie ułomności i dźwigał swoje społeczeństwo, oby nie rozstawał się z takim koniecznym warunkiem życia ludzkiego, jakim jest nadzieja.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

By jednak głos i wpływ lekarza posiadał należytą siłę i znaczenie, za mało jest mówić i nawoływać; potrzeba działać i przykładem świecić. Społeczeństwo nasze w wielu razach wykazuje dziś chęć do podniesienia się, do wyleczenia ze swych niedomagań.

My lekarze, krew z krwi i kość z kości tego społeczeństwa, również nie pozbawieni jesteśmy tych wad i jedni z pierwszych powinniśmy dać z siebie dobry przykład i pozbyć się swoich błędów.

Powinniśmy więc starać się podnieść nasz poziom umysłowy, etyczny i moralny, nie powinniśmy tolerować wśród siebie karyerowiczów, ludzi niemoralnych, przekupnych, nieetycznych, dopuszczających się czynów, graniczących z zakresem kryminalistyki.

Przedewszystkiem uleczmy samych siebie, starajmy się jedni z pierwszych »polepszyć i powiększyć nasze dusze«, idźmy według starej indyjskiej maksymy drogą prawdy:

»Pomnij, że prawdą stoi świat,
w niej wielka moc nad moce,
więc nigdy nie bądź fałszom rad,
pomnij, że prawdą stoi świat.

Ona, jak słońca blask, co padł
by czynić jaśń w pomroce —
pomnij, że prawdą stoi świat,
w niej wielka moc nad moce«.
(Myśli z nad Indu i Gangesu).

# Piśmiennictwo bieżące.

## Chirurgia.

Eiselsberg. **O natychmiastowych protezach po wycięciach żuchwy.** (Tow. lek. Wiedeń II, 1914). Po wycięciach częściowych, czy całkowitych żuchwy stosuje E. zaraz protezy t. zw. »immediat«, sporządzane z kauczuku twardego, zaopatrzone w rurki do płukania. Przed opera-

cyą dentysta bada chorego i zdejmuje wymiary, tak, że sztuczna żuchwa może być zaraz po operacyi włożona. Chorzy uczą się ową protezę czyścić i wyjmować. Protez musi chory mieć dwie, t. j. drugą rezerwową, gdyby jedna się zepsuła, albowiem tkanki rychło się ściągają i po przerwie nie możnaby łagodną drogą protezy założyć. Wynik kosmetyczny bywa bardzo dobry i chorzy są z takiej protezy bardzo zadowoleni. K.

Kienböck. **O wolu i hypertyreoidyzmie na tle rozszerzeń i tętniaków aorty.** (85. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń VIII. 1913). Badając licznych chorych z powodu rozszerzeń lub tętniaków aorty promieniami Röntgena, przekonał się K., że w wielu przypadkach spotyka się przytem powiększenie całego gruczołu tarczowego. Niema przytem ucisku tchawicy i podmiotowych objawów, natomiast często są wyraźne cechy hypertyreoidyzmu, zwłaszcza tachykardya. Powiększenie gruczołu pochodzi z przekrwienia żylnego, wywołanego uciskiem żyły głównej, względnie żył bezimiennych przez aortę. Z czasem wytwarza się jednak rzeczywisty przerost tarczycy. K.

Bircher. **Problem wola.** (Beitr. z. kl. Ch. 89. I). B. w pracy tej broni nadal swej teoryi, że przyczyną wola są zmiany, wywołane przez ciało, dostające się do ustroju z wodą, pochodzącą z pewnych warstw geologicznych. Ciało to podług D. jest koloidem i wywoływać też może zmiany w sercu, których B. nie uważa za powstałe jedynie wskutek hypertyreozy. W leczeniu dobre usługi oddaje lipojodyna i chinina, podawane wewnętrznie. K.

Bossart. **O 1400 operacyach wola.** (Beitr. z. kl. Chir. 89 I.). U kobiet wole występuje dwa razy częściej, niż u mężczyzn. Zmiany w sercu spotyka się w 13·7%, duszność w 5%. B. radzi operować jedynie w uśpieniu. Również Roux obecnie operuje znowu w uśpieniu, bo przy znieczuleniu miejscowem wstrząs jest za duży. W Aarau o ile możności stosuje się wyłuszczanie (67% operacyi). Odkażenie jodalkoholem, cięcie kołnierzowe Kochera, klamerki do szycia, drenik, a po 5—7 dniach opatrunek z kolodyum. K.

Bigler. **O zmianach serca przy wolu nagminnym.** (Beitr. z. kl. Chir. 89. I). Zmiany serca można zaledwo w połowie przypadków odnieść do zwężenia tchawicy, zresztą zaś mają one tło toksyczne. Tylko pewne rodzaje wolów wywołują zmiany w sercu. Mimo usunięcia przeszkody w tchawicy, powraca serce do stanu prawidłowego tylko w małej liczbie przypadków. K.

Blechmann. **Nadpępkowe nakłucie Marfana w przypadkach wysięku osierdnego** (Franc. medyc. 1914, Nr 4). Klasyczne nakłucie osierdzia nie jest pozbawione wielu niebezpieczeństw i z tego powodu o wiele więcej polecenia godne jest nakłucie pod wyrostkiem mieczykowatym. Nakłucie to może być wykonywane albo w środkowej linii, co jest najracyonalniejsze, albo też w kącie żebrowo-mieczykowym prawym lub lewym, co jest mniej pewne, bo z jednej strony osierdzie przylega z boków mniej do podstawy, a z drugiej płyn zbiera się zwykle w miejscu, do którego najłatwiej dojść od linii środkowej. Nakłucie od linii środkowej zastosował w praktyce w r. 1911 Marfan. Technika jest prosta. Wbija się igłę lub trójgraniec w pozycyi pół-siedzącej tuż pod wyrostkiem mieczykowatym, kierując narzędzie skośnie z dołu w górę. Igłę wbijamy około 2 ctm. głęboko, trzymając się tylnej powierzchni mostka, by ominąć otrzewnę, poczem kierujemy ją nieco ku tyłowi i wtedy przebijamy worek osierdziowy. Osierdzie opiera się na wypukłości przepony, powierzchnią o wymiarze poprzecznym 9—11 cm., a podłużnym 5—6 cm., a o kształcie nieregularnego owalu. Jeżeli musimy nakłuwać kilka razy, to celem oszczędzenia skóry wbijamy igłę nieco z boku, kierując ją jednak zaraz w głębi ku linii środkowej. Przeciwwskazania do tego sposobu są nieliczne, a mianowicie są one następujące: 1) nadmierna odma brzuszna (można zranić i żołądek), 2) wadliwa budowa mostka. Stopień zagłębienia igły zależy mniej więcej od wieku chorego: do 4 cm poniżej lat pięciu, do 5 cm od 5—10 lat, do 5—6 cm od 10—15 lat, około 6 u starszych. Sposób ten jest zdaniem Blechmanna łatwy, prosty, pewny i przedstawia stosunkowo najmniej niebezpieczeństw. K.

Rostoski. **O leczeniu nowotworów płuc i śródpiersia promieniami Röntgena** (Tow. lek. i przyr. Drezno XII 1913). Z 14 przypadków był w 3 wynik bardzo korzystny, w 7 polepszenie, reszta bez wyniku. Nawet w bardzo rozpaczliwych przypadkach można przez systematyczne leczenie promieniami Röntgena sprawić przynajmniej ulgę chorym i przedłużyć im życie. K.

Schmaltz. **Rozpoznanie raka płuc.** (Tow. lek. i przyr. Drezno XII, 1913). Rozpoznanie raka płuc może być nieraz bardzo trudne. Kierujemy się tu głównie następującemi wskazówkami: 1) gruczoły powyżej obojczyka; 2) bóle, pochodzące albo od przerzutów w kręgach albo od ucisku nerwów śródżebrowych; 3) plwocina krwawa, przyczem domieszka krwi w przeciwieństwie do innych cierpień, zwłaszcza gruźlicy, pojawia się miesiącami bez przerwy; 4) stłumienie, przechodzące nieraz poza linię środkową, brak gorączki, objawy zatkania oskrzela; 5) wysięki opłucne surowicze ew. krwawe, nieraz bardzo uporczywe i obfite. Pamiętać należy o tem, że raki płuc mogą nawet bardzo długo pozostawać na stopniu względnie jednakim. K.

Morestin. **Estetyka a leczenie ropnia sutka.** (Franc. medyc. 1914 Nr 4,). Przy nacięciach sutka z powodu ropni należy koniecznie liczyć się zawsze z wynikiem kosmetycznym i jeżeli zapewnimy, że »znaku nie będzie«, wtedy nieraz wcześniej namówimy chore na zabieg. Prawie zaś zawsze udaje się wyleczenie »bez znaku« zapomocą cięcia w otoczce brodawki, bo ta u kobiet karmiących jest bardzo szeroka. Z tego cięcia można doskonale w głębi otworzyć wszystkie ropnie i sączkować, bo są one zwykle połączone ze sobą kanalikiem (mają kształt ∞), ew. można w razie osobnego ropnia dojść do niego z drugiej strony otoczki. Wynik kosmetyczny bywa znakomity i operowane są za to nieskończenie wdzięczne. Naturalnie tam, gdzie o kosmetykę nie chodzi, lub skóra jest już zeszpecona, wykonujemy przecięcie jej w najdostępniejszem miejscu. Gdzie jednak można, powinniśmy, zdaniem Morestina, stosować sposób wspomniany. K.

Van Lier. **Uwięźnięcie przepukliny i jego następstwa.** (Münch. med. Woch. 1914 Nr 12). Autor nawołuje lekarzy, by o ile możności starali się nakłaniać chorych w razie uwięźnięcia przepukliny do operacyi, a nie odprowadzali przepukliny, bo ten zabieg nie jest wcale, jakby się może zdawało, obojętny. Wywołać on bowiem może w razie brutalnego wykonania przykre następstwa, nieraz nie wiedzie do celu, a żadnej gwarancyi nie daje, że uwięźnięcie na nowo nie wystąpi. Odprowadzać powinno się tylko wtedy, gdy stan chorego lub też inne warunki nie dozwalają odrazu operować. Bryant wykazał statystycznie, że odprowadzanie daje 9% śmiertelności, gdy operacye (objęte zaś tu są przypadki właśnie najcięższe) około 17·6%. Gdyby się operowało odrazu, to procent ten byłby oczywiście mniejszy. Świeżą przepuklinę uwięźniętą operować można w znieczuleniu miejscowem. Jest to zabieg lekki, uwalnia chorego na stałe od przepukliny i paska, jeżeli więc zastosuje się go wczas, to nie może iść w porównanie z odprowadzaniem, które tylko niejako na pewien czas pomaga choremu. K.

Kirchberg. **Leczenie zrostów otrzewnych.** (Med. Klin. 1914 Nr 13). Od lat trzech stosuje K. ze skutkiem przy zrostach otrzewnych leczenie z pomocą wielkich dzwonów, którymi wywołuje naprzemian wciąganie odpowiedniej części brzucha lub brzucha całego i ciśnienie zwiększone. Sposób ten okazał się bardzo dobrym i zupełnie nie niebezpiecznym. Przeciwwskazaniem są: wrzody

świeże lub świeżo zgojone żołądka lub jelit, nowotwory złośliwe i przypuszczenie sprawy ropnej. K.

E. Hesse i M. Hesse. **O częstości kamieni żółciowych na podstawie materyału sekcyjnego 17,402 przypadków.** (Beitr. z. klin. Chir. T. 89). Autorzy zbadali materyał sekcyjny w Petersburgu za lat 10 i na 17.402 sekcyi zebrali 378 przypadków kamieni żółciowych, co odpowiada 2·17%. Odsetek ten jest o połowę mniejszy, aniżeli w innych państwach, gdzie podają go na 5·64%. Najczęściej spotyka się kamienie w szóstym dziesiątku lat. Niemal w 84% kamienie nie dawały za życia wybitnych objawów, natomiast bardzo często spotyka się zapalenie pęcherzyka żółciowego bez kamicy. K.

Liokumowitsch. **O czynnościowej dyagnostyce chirurgicznych schorzeń nerek.** (Beitr. z. kl. Chir. T. 89). Anatomiczny stan nerki nieraz nie idzie w parze z jej czynnością i dlatego często wynik badania fizyczno-chemiczno-drobnowidowego różni się od badania czynnościowego, a dla chirurga przekonanie się o sprawności nerki jest rzeczą pierwszorzędnej wagi. Z podanych prób ma L. wielkie zaufanie do florydzyny (badanie odsetkowe cukru w poszczególnych porcyach). Natomiast zupełnie fałszywe wyniki daje nieraz oznaczanie ilościowe zaczynu diastatycznego. Przy próbie indygowej baczyć należy na czas, kiedy zjawi się wybitne zabarwienie (a nie pierwsze ślady). Kryoskopia nie wyjaśnia więcej sprawy, niż zwykłe badanie ciężaru gatunkowego. Oznaczanie ilościowe chlorków i mocznika ma znaczenie, o ile możemy je porównać z ilościami, pozostającemi w ustroju. K.

Katzenstein: **Garbowanie wiotkich więzadeł.** (Berl. Tow. chirurg. III, 1914). Dla wzmocnienia wiotkich więzadeł, zwłaszcza na stopie, radzi Katzenstein na podstawie swoich doświadczeń na ludziach wstrzykiwania 4% formaliny w więzadła celem ich garbowania. Wstrzykiwania te, aczkolwiek robione w znieczuleniu miejscowem, są jednak bardzo bolesne. K. odniósł jednak wrażenie, że działają one znakomicie, zwłaszcza przy stopie płaskiej bolesnej. Po wstrzyknięciu i redresyi opatrunek gipsowy. (W dyskusyi przyjęto pomysł Katzensteina bardzo skeptycznie). K.

Flörcken. **Kliniczny przyczynek do zastosowania okrężnego szwu naczyń krwionośnych.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 12). Szew naczyń krwionośnych znajduje obecnie coraz to szersze zastosowanie, a mianowicie przy urazowych przerwaniach naczyń, przy wycinaniu tętniaków, przeszczepianiu naczyń, łączeniu żył z tętnicami (Wieting, Delbet), operacyi marskości wątroby (łączenie żyły głównej dolnej z wrotną), a wreszcie przy przetaczaniu krwi. T. opisuje swój przypadek: 7-letnia dziewczynka skaleczona została przez maszynę w ten sposób, że lewe ramię aż do kości było zupełnie przecięte i pozostał tylko mały mostek części miękkich z nerwem łokciowym. Zeszycie nerwów, mięśni i zeszycie okrężne tętnicy ramieniowej. Żył nie udało się spoić. Wyleczenie. K.

Baeyer. **Działanie wyciągu** (extensio). (Münch. med. Woch. 1914, Nr 11). Wyciąg zastosowany na staw może mieć także w przypadkach nie urazowych wielkie działanie lecznicze, albowiem, jak to wykazały badania doświadczalne, między innymi i autora, zmniejsza on ciśnienie śródstawowe, ustala staw, zmienia powierzchnie styczne, uciska na wysięki przez napięcie torebki, działa kojąco na ból, wywołuje przekrwienie części miękkich i kości i t. d. Z tego też powodu zalecają obecnie wyciąg po różnych cierpieniach stawowych z wysiękiem lub też bez wysięku, a nawet przy sprawach ropnych. Zwykle po założeniu wyciągu opada ciepłota, bóle znikają i sprawa okazuje wybitną skłonność do gojenia się. K.

Lichtenstein. **Leczenie przykurczeń stawowych zapalnego pochodzenia zapomocą termopenetracyi.** (85. Zjazd niem. lek. i przyr. IX, 1913). Leczenie polega na tem, że przykurczony staw przegrzewamy aż do chwili, kiedy staje się niebolesnym i wtedy podczas dalszego przegrzewania energicznie uruchomiamy go, co udaje się nieraz bardzo dobrze, bo tkanki są podatniejsze, a ból nie przeszkadza w zabiegach. Sposób ten nadaje się zwłaszcza do uruchomiania przykurczeń na tle trypra, gośćca i przykurczeń urazowych, mniej w przypadkach cierpień dnawych, lub zniszczenia kości, a przeciwwskazany jest w sprawach gruźliczych. K.

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarskie łódzkie.

#### Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

#### II. Posiedzenie z d. 14. II. 1913 w Kochanówce.

1) Kol. Kruze-Pawłowska przedstawia chorą F. H. l. 28. Chora przybyła do szpitala 5 listopada 1912. O dziedziczności ze strony bliższych i dalszych krewnych, a także o wieku dziecięcym chorej wiadomości brak. Wyszła za mąż w 22. r. życia; mąż 3 lata przed ślubem przechodził kiłę; leczył się wcieraniami w ciągu 2 lat. W 27 miesięcy po ślubie chora poroniła w 3. miesiącu ciąży, w 5 miesięcy później — poronienie w 10. tygodniu; w 3 lata po ślubie — poronienie 2-miesięczne; więcej chora w ciążę nie zachodziła. Do sierpnia 1912 r. żadnych objawów chorobowych nie było; w sierpniu 1912 r. chora według słów męża zapadła na porażenie prawostronne z utratą mowy. Stan ten trwał około 2 dni i ustąpił zupełnie; w miesiąc potem chora dostała zapalenia kiszki ślepej. W połowie października r. 1912 chora stała się apatyczną, przestała zajmować się gospodarstwem, w czasie 2-dniowej nieobecności męża bardzo za nim tęskniła, a po powrocie nie odstępowała go. Wkrótce zaczęły występować napady lęku, to znów śmiechu bez przyczyny. 2. XI. chora stała się niespokojną, zaczęła zdzierać ubranie, wybiegać na dwór tylko w koszuli, to znów chowała się po kątach; stan ten trwał przez 3 dni, t. j. do chwili przybycia do Kochanówki. W chwili przybycia do zakładu waga 47 kg, ciepłota 36,4°; w narządach wewnętrznych nic szczególnego. Odruchy kolanowe, Achillesowe i okostne promieniowe żywsze po stronie prawej, źrenica prawa nieco szersza od lewej, nieregularna, na światło nie oddziaływa, lewa oddziaływa słabo. Odczyn Wassermana we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym dodatni; faza I. Nonne-Apelta dodatnia, limfocytów w 1 $mm^3$ płynu mózgowo-rdzeniowego 31. Co do stanu psychicznego, to w pierwszych dniach pobytu chorej zauważono całkowitą desoryentacyę co do miejsca czasu i otoczenia, a także negatywizm i stereotypię. Po paru dniach nastąpiło podniecenie ruchowe, potem chora zaczęła wyrywać włosy, zrywać ubranie i godzinami całemi przesiadywała w jednej pozycyi, równocześnie zaczęła się zanieczyszczać. W styczniu 1913 r. chora często płacze, skarży się, że w około tyle kału, rękoma i paznokciami czyni ruchy, jak gdyby coś zgarniała, i przy tem pluje z wyrazem wstrętu. W mowie — koprolalia. W lutym — chora trochę spokojniejsza, pozwala się ubierać, skarży się, że ma tak małe ręce i tak duże nogi. Mówi chętnie i dużo, w mowie — wybitna stereotypia. Z początkiem stycznia zjawiły się u chorej pod pachą prawą gruczoły wielkości orzecha włoskiego, a wkrótce potem na powierzchni mięśnia piersiowego dużego obrzęk ciastowaty, po paru dniach chełbotanie; nakłucie stwierdziło obecność ropy; ciepłota sięgała przez parę dni do 39,5°; sprawę tę określano, jako gruźliczą. Streszczając ten przypadek, widzimy, że psychoza nastąpiła w 6 lat po prawdopodobnem zakażeniu kiłowem, na coby wskazywała kiła u męża, 3 poronienia, a nadewszystko odczyn Wassermana dodatni w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi. Ze względu na objawy ze strony

układu wzrokowego, na szybki przebieg kliniczny, wiodący do tak znacznego rozpadu władz umysłowych i na wyniszczenie fizyczne (chora waży obecnie 35 kgr; w okolicy kości krzyżowej wystąpiła odleżyna), nadewszystko zaś na odczyn Wassermana, dodatni we krwi i w płynie, przyjąć należy psychozę na tle kiłowem, albo parakiłowem. Brak objawów ogniskowych, szybki rozpad władz umysłowych i tak znaczne wyniszczenie przy dodatnim odczynie RW. skłania do rozpoznania porażenia postępującego. Przypadek ten jest ciekawy przez to, że dotyczy kobiety młodej, liczącej l. 28, która zaraziła się kiłą od męża przed 6 laty, i że sprawa przebiega bardzo szybko (od początku choroby upłynęło zaledwo 6 mies.) z objawami katatonicznymi, co nie jest zjawiskiem zwykłem w przebiegu porażenia postępującego.

W dyskusyi: a) kol. Pański zwraca uwagę, że objawów, które są typowe dla porażenia postępującego, nie ma; przebyta kiła dowodzi tylko, że psychoza rozwinęła się u osobnika, który przechodził zakażenie kiłowe. Mowca prosi o podkreślenie objawów, swoistych dla porażenia postępującego. Porażenie połowicze przy porażeniu postępującem zdarza się częściej w przebiegu, lecz nie w początku choroby. — b) Kol. Pawłowska: Odczyn Wassermana dodatni tak we krwi, jak i w płynie przemawia za porażeniem postępującem; również za porażeniem postępującem przemawia szybki rozpad władz umysłowych i ogromne wyniszczenie fizyczne.— c) Kol. Dąbrowski ze względu na dodatni odczyn Wassermana w płynie mózgowordzeniowym, który zdarza się bardzo często przy porażeniu postępującem, lecz rzadziej przy kile mózgu, a także ze względu na szybki przebieg choroby, oświadcza się za porażeniem postępującem.— d) Kol. Chodźko: Porażenia połowiczne, przemijające są względnie częstem zjawiskiem właśnie w początku porażenia postępującego. Fizyczne wyniszczenie, odleżyny i tak znaczny rozpad władz umysłowych przemawiałby także w danym wypadku za porażeniem postępującem. — e) Kol. Klozenberg przychyla się do rozpoznania porażenia postępującego. Z własnej praktyki przypomina sobie przypadek wiądu rdzenia, który wystąpił w 2 lata po zakażeniu kiłowem; leczenie w takich przypadkach nie wywiera, zdaje się, wielkiego wpływu na szybkość powstania choroby posyfilitycznej.— f) Kol. Pański przytoczonych dowodów nie uważa za wystarczające do rozpoznania porażenia postępującego; różniczkowe rozpoznanie pomiędzy kiłą mózgu a porażeniem postępującem — w danym przypadku jest trudne. Przemijające porażenia połowicze uważa za typowe dla kiły mózgu, a nie dla porażenia postępującego. Zapytnje, czy to porażenie połowiczne było stwierdzone przez lekarza? — g) Kol. Pawłowska opisuje powstanie porażenia połowiczego, które trwało 2 dni; to porażenie mogło wystąpić na tle zaburzeń naczynioruchowych.

2) Kol. Rzążewski przedstawia chorego J. P., liczącego l. 32, byłego studenta. Chory przyjęty do szpitala w r. 1905. Obarczenia dziedzicznego niema; po ukończeniu gimnazyum służba wojskowa, nadużywanie alkoholu, w tym czasie przebyta kiła, przez 3 pierwsze lata nieleczona, dziwactwa, osłupienie (stupor), chory nic nie mówi od 3 lat. Badanie kliniczne w r. 1905 roku wykazało, co następuje: Oddziaływanie źrenic prawidłowe, odruchy ścięgniste kończyn dolnych bardzo wzmożone, chód kurczowoniedowładowy, w palcach obu dłoni niestale występujące ruchy, zbliżone do atetozy; incontinentia et retentio urinae; wybitne objawy katatoniczne, wybitny negatywizm. Badania stanu psychicznego nie można przeprowadzić, gdyż chory nic nie mówi. Taki stan chorego trwa już 7 lat, jedynie tylko pewne objawy ulegały zmianom, mianowicie wystąpiła nierówność odruchów kończyn dolnych i górnych, zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca. W ogólnym stanie chorego zauważano od czasu do czasu polepszenia i pogorszenia. Płyn mózgowo-rdzeniowy, wydobyty poraz pierwszy w 1910 r., barwy cytrynowo-żółtej; odczyn Nonnego bardzo wyraźny: obfity strąt białka, występujący po dodaniu odczynnika, zabarwia się na żółto; nad strątem pozostaje płyn bezbarwny; odczyn Wassermana w płynie ujemny, w surowicy krwi — niewyraźny (+ + — —) Leczenie rtęcią bez skutku. Badanie powtórne płynu po miesiącu dało ten sam wynik, ilość limfocytów wynosiła $3^1/_2$ w jednym mm$^3$. Nakłucie lędźwiowe, wykonane po raz trzeci po upływie jeszcze jednego miesiąca, wykazało płyn cytrynowo-żółty, po $^1/_2$-godz. staniu w ciepłocie pokojowej następuje samoistnie skrzepnięcie, płyn pozostaje przezroczysty, ale przechylając probówkę, widzi się galaretowatą masę, oddzielającą się od reszty płynu. W ostatnich dniach wykonano znów nakłucie i wydobyto płyn o podobnych własnościach (demonstracya płynu). Obecny stan chorego zupełnie podobny; chory nic nie mówi, nierówność odruchów na kończynach dolnych i górnych, kończyny górne chory trzyma zgięte we wszystkich stawach, zatrzymanie moczu i zaburzenia w oddawaniu stolca, na ciemieniu głowy skóra prawidłowo owłosiona układa się w fałdy, przebiegające w kierunku strzałkowym, pomiędzy fałdami wyraźne bruzdy. Na skórze głowy brak wszelkich innych zmian. Rozpoznanie: **Dementia praecox,** katatonia, alcoholismus chronicus. Pachymeningitis haemorrhagica spinalis chronica, cutis verticis gyrata Jadassohn-Unnae.

W dyskusyi: a) Kol. Pański przypuszcza stwardnienie rozsiane (brak odruchów brzusznych, nierówność i wahania w zachowaniu się odruchów). — b) Kol. Chodźko oświadcza się za obecnością pachymeningitis hemorr. int, za czem przemawia przedewszystkiem ciągle utrzymująca się ksantochromia. Brak drżenia oczu i drżenia kończyn przy ruchach przemawia przeciw stwardnieniu rozsianemu; zresztą przy tem cierpieniu nigdy nie spostrzegano ksantochromii.— c) Kol. Pański nie zgadza się na przypuszczenie jakiejś sprawy nowotworowej, ponieważ w takim razie byłby przebieg szybszy, byłyby bóle szczególnie przy nowotworze, idącym od zewnątrz, a w danym przypadku ich nie ma. Brak zaników mięśniowych przemawia przeciw pachymeningitis haemorrhagica interna.

3) Kol. Chodźko i Dąbrowski. **Przypadek porażenia postępującego o niezwykle szybkim przebiegu** (rzecz przeznaczona do druku).

4) Kol. Dłutek przedstawia chorego I. M., lat 46. Chory stanu wolnego, pochodzi z rodziny nieobarczonej dziedzicznie, przed 3 laty kiła. Od wystąpienia wrzodu twardego chory dostał 24 wstrzyknięć rtęciowych, po których wystąpiły bardzo silne bóle głowy. W $^1/_2$ roku potem zastosowano salwarsan śródmięśniowo w pośladek dwa razy w miesięcznym odstępie. Po 2 miesiącach z powodu nawrotu bólów głowy zalecono choremu jodek potasowy i wcierania, podczas których wystąpiło porażenie lewostronne z utratą mowy i przytomności; stosowano wówczas w ciągu 2 miesięcy salwarsan śródżylnie w rękę 3 czy 4 razy, poczem przytomność umysłu i mowa powróciły, porażenie lewostronne bez zmian. Po paru tygodniach chory otrzymał znów dwa razy śródżylnie w rękę salwarsan i 8 wcierań, a po 4 miesiącach 30 wcierań i jodek potasu. Badanie obecne stwierdza porażenie lewostronne połowicze, oraz porażenie gałązki dolnej i środkowej lewego nerwu twarzowego. Język zbacza w stronę prawą; drżenie włókienkowe miernego stopnia. Przy otwieraniu ust i pokazywaniu zębów zaznacza się wyraźny niedowład gałązki środkowej dolnej nerwu twarzowego lewego. Prawa źrenica szersza od lewej, oddziaływanie na światło obydwu źrenic leniwe. Wzrok upośledzony, drżenie oczu poziome, wyraźne przy patrzeniu w stronę lewą. Zez zbieżny na oku lewem nieznacznego stopnia. Upośledzenie słuchu większe po stronie prawej. Przy opukiwaniu czaszki strona lewa wrażliwsza od prawej, szczególniej w części czołowej. Strona lewa wrażliwsza na ucisk, zimno i ciepło, niż prawa. W kończynie górnej lewej wybitne zaburzenia stereognostyczne. Chód kurczowo-porażny. Objawu Romberga niema. Wybitny bezład ruchów w kończynie lewej dolnej. Dysartryi niema. Odruchy ścięgniste po stronie lewej żywsze, niż po prawej.

Odruchu Babińskiego niema. Mostkowy lewostronny wybitny, prawostronnego brak. Niema zaburzeń psychicznych, ani omamów wzrokowych. W sercu niema zmian. Mocz zmian nie przedstawia. Odczyn Wassermana wypadł: we krwi dodatnio, w płynie mózgowordzeniowym z ilością 0,4 cm ujemnie. W 1 mm płynu mózgowordzeniowego 29 limfocytów i 2 leukocyty. Próba Nonne-Appelta w płynie mózgowordzeniowym ujemna. Na podstawie powyższego badania, a również i obserwacyi chorego dochodzimy do rozpoznania **kiły mózg.-rdzen.**, opierając się głównie na wyniku odczynu Wassermanna dodatnim we krwi, a ujemnym z płynu mózgowo-rdzeniowgo. Zastanawiając się nad rokowaniem i leczeniem danego przypadku, musimy stwierdzić, że przypadek ten należy do takich postaci kiły mózgowordzeniowej, które niezmiernie trudno poddają się leczeniu swoistemu, na coby wskazywało dość starannie przeprowadzone leczenie swoiste, które jednakże pozostało bez skutku. Wobec tego stosowanie kuracyi mieszanej w sposób zwykły prawdopodobnie nie doprowadziłoby do pożądanych wyników i należy spróbować stosować rtęć w postaci wstrzykiwań podoponowych.

W dyskusyi: a) Kol. Rieder pyta, jak chory leczony jest obecnie.— b) Kol. Chodźko ze względu, że chory był już intensywnie w rozmaity sposób leczony, uważa tu leczenie za beznadziejne. — c) Kol. Dąbrowski proponuje wstrzykiwania podoponowe do rdzenia rtęci koloidalnej lub elektralgolu.—d) Kol. Pański porusza sprawę siedziby zmian chorobowych; nie wie, jak wytłómaczyć zaburzenia czucia w połączeniu z brakiem odruchu Babińskiego, Oppenheima: sądzi, że przy takich zaburzeniach czucia antereognozyą trudno stwierdzić, ponieważ maskują ją właśnie inne zaburzenia. W końcu oświadcza się za siedzibą sprawy w torebce wewnętrznej, gdzieś w blizkości pęczka czuciowego. e) Kol. Chodźko zwraca uwagę na głuchotę, która często następuje w porażeniach kiłowych. f) Kol. Dąbrowski sądzi, że hyperalgezya w zakresie nerwu trójdzielnego, jak i zawroty głowy nasuwają myśl o sprawie, która mogłaby nagabywać i opony. g) Kol. Pański nie umie sobie wytłómaczyć braku czucia w dłoni. Przytacza przypadek napadu udarowego bez zaburzeń ruchowych, lecz z zaburzeniami czucia. h) Kol. Klozenberg przypuszcza, że tu istnieje zapewne nie jedno, lecz kilka ognisk, główne w torebce wewnętrznej; brak odruchu Babińskiego tłómaczy znacznemi zaburzeniami czucia, przeczulice dadzą się wytłómaczyć, zaburzeniami ze strony opon tak na podstawie, jaki w rdzeniu. Co do leczenia, proponuje kombinacyę salwarsanu z olejkiem kalomelowym. — i) Kol. Chodźko nie godzi się na zdanie, żeby upośledzenie czucia w danym przypadku tłomaczyło brak odruchu Babińskiego.

---

## Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

### Posiedzenie zwyczajne d. 23. października 1913.

Przewodniczący Knothe. Obecnych członków 27 i goście: Dr Tarnawski, Kiernicki, Łotocki, Jan Dąbrowski i K. Łodziński.

1) Przed porządkiem dziennym pokaz Dr Cichockiego. Dziewczynka $6^1/_2$ letnia. Starsza jej siostra karmiona przez matkę przez pierwsze 4 miesiące życia, potem oddana na mamki, umarła Chorą również karmiła matka 4 miesiące, poczem tak samo oddała ją mamce. Pod »opieką« tej mamki dziecko przebyło ciężki nieżyt żołądkowo-jelitowy, z którego mało co nie umarło. Chora zaczęła chodzić, mając dwa lata. Mniej więcej w tym samym czasie upadła na głowę i straciła wówczas na jakiś czas przytomność, wymiotowała, następnego dnia jednak zupełnie przyszła do siebie. Z chorób dziecięcych przebywała tylko odrę. Przed trzema miesiącami uderzona została chora ręką w głowę, co wywołało znaczny przestrach, od tego też jakoby czasu datuje się obecna choroba, polegająca na nadmiernem moczeniu. Chora oddaje 5700—8000 $cm^3$ moczu na dobę. Ciężar właściwy 1002, poza tem w moczu nie znaleziono nic nieprawidłowego. Chora niedokrwista z wybitnymi śladami przebytej krzywicy (głowa siodłowata, uzębienie nieprawidłowe, zęby popróchniałe, klatka piersiowa zniekształcona o typie klatki jak przy rozedmie płuc). W prawym szczycie zaostrzony oddech z przedłużonym wydechem. Krzepliwość krwi nieco zmniejszona, eozynofilia $8^0/_0$. Chorą ma Cichocki w obserwacyi dwa tygodnie. Dopiero dalsze spostrzeżenia wykażą, czy mamy tu esencyonalną, czy też objawową **moczówkę prostą** (diabetes insipidus).

W dyskusyi a) Bratkowski zapytuje, czy eozynofilię referent stawia w związku z moczówką, czy też może przypuszczać należy obecność pasorzytów jelitowych. — b) Knothe pyta o ewentualne zmiany ze strony narządu nerwowego oraz o warunki dziedziczności. — c) Cichocki odpowiada, że w istocie dziewczynka cierpi na glisty, czem też należy tłómaczyć eozynofilię. Ze strony układu nerwowego stwierdzono dermatografię i wzmożenie odruchów, co się tyczy dziedziczności, to ojciec zdrów, matka cierpi na gruźlicę, którą też zapewne dotknięta jest chora (zajęcie prawego szczytu).

2) Hoffman: **O zespole Morgagni-Adams-Stokesa** (z pokazem chorej). Chora, 53-letnia, uważa się za chorą od stycznia bieżącego roku. Wówczas zaczęły się krótkotrwające, bez widocznej przyczyny występujące omdlenia i drgawki. Równocześnie zaczęły się zaznaczać osłabienie i duszność. Badanie wykazało znaczne zwolnienie tętna (32—36) odpowiednio do skurczów komorowych. Skurcze przedsionkowe, sądząc z tętna żyły jarzmowej, są znacznie częstsze, co ilustrują przedstawione przez referenta krzywe kardyograficzne i elektrokardyograficzne. Następnie referent streścił panujące obecnie poglądy na zespół Adams-Stokesa i związek ich ze współczesną teoryą działalności serca.

Dyskusya: a) Remińska pyta, czem tłómaczyć zawroty głowy, występujące w tym przypadku? — b) Piotrowska prosi o bliższe wyjaśnienie teoryi wydzielania wewnątrzmięśniowego. — c) Bratkowski pyta o różniczkowe rozpoznawanie pomiędzy objawem Adams-Stokesa a skurczami dodatkowymi (extrasystole) przedsionków. — d) Cichocki stwierdza, że zespół w tej postaci, w jakiej go opisał Morgagni, przedstawia właściwie typ ośrodkowo-nerwowy, a w postaci, opisanej przez Adams-Stokesa, — typ mięśniowy; co się tyczy zahamowania skurczów automatycznych, to Cichocki nie rozumie, z jakiej przyczyny ono ma występować właśnie przy zapaleniu mięśnia sercowego.

e) Hoffman odpowiada Remińskiej, że zawroty głowy, występujące w ciągu napadów, tłómaczą się dostatecznie powstającem wówczas niedokrwieniem mózgu, co łatwo zrozumieć, jeśli się uwzględni, że opisano przypadki, w których działalność serca zatrzymywała się na 130 sekund. Piotrowskiej odpowiada H., że teoryę wewnątrzmięśniowego wydzielania podał Gaskell. Przypuszcza on mianowicie, że podczas rozkurczu włókna mięsne pęczków automatycznych wydzielają pewną drażniącą substancyę, której nagromadzenie wywołuje następnie skurcz. Bratkowskiemu odpowiada H, że w danym przypadku n. p. nie może być mowy o skurczach dodatkowych (extrasystole) wobec tego, że jeden i ten sam obraz otrzymujemy na całym szeregu krzywych kardyograficznych; Cichockiemu, że zapalenie mięśnia sercowego wywołuje zahamowanie czynności serca wówczas, gdy wskutek niego ulegnie zniszczeniu pęczek Hisa.

3) Makowski: a) Pokaz **wyrostka robaczkowego**, pochodzącego z chorego, który poprzednio już miał jeden napad, trwający tydzień i zakończony samoistnem wyzdrowieniem. Dopiero po 10 miesiącach zdrowia wystąpił drugi napad. Piątego dnia referent stwierdził ropowicę (phlegmone) w okolicy prawej moszny i krocza z martwicą podściółki tłuszczowej oraz naciek okolicy kiszki ślepej. Cięcie w okolicy moszny, poczem ranę wysączkowano. Po 5 dniach, skoro się rana oczyściła, cięcie w okolicy wyrostka, któ-

rego jednak na razie nie można było znaleść. Cała kiszka ślepa i jej otoczenie mocno naciekłe i stwardniałe. Następnego dnia podczas oczyszczenia rany znalazł M. wyrostek, który, jak się pokazało, oddzielił się był samoistnie. Wyzdrowienie. Makowski stwierdza, że nawet operując »à chaud« zrzec się można na razie odszukania i usunięcia wyrostka tylko tam, gdzie, jak to było w tym przypadku, szukanie połączone było z niebezpieczeństwem dla chorego, gdyż usunięcie wyrostka bywa gwarancyą dalszego pomyślnego przebiegu. Dalej zwraca referent uwagę na to, że obecnie operując we wczesnych okresach choroby, zaszywa się po usunięciu wyrostka ranę na głucho, nawet wtedy, kiedy znaleziono w jamie brzusznej niewielką ilość płynu mętnego, lub ropy i przytacza przypadek, dotyczący dziewczynki, niedawno operowanej w 6 godzin po rozpoczęciu się napadu, gdzie to uczynił pomimo znalezienia ropnego płynu w jamie brzusznej. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny.

b) **Rentgenogram kości udowej**. Chory na prowincyi doznał złamania w okolicy górnej $^1/_3$ kości udowej. Opatrunek gipsowy, który zdjęto po upływie 3 tygodni, przyczem pokazało się, że odłamki nie zrośnięte, a kończyna znacznie krótsza (10 cm). Chorego przewieziono do Kijowa. Odprowadzenie krwawe, zeszycie złamania w postaci mundsztuka fletu (Flötenschnabelfractur) w dwóch miejscach bronzowo-aluminiowym drutem. Opatrunek zdjęto po 4 tygodniach; zupełne zrośnięcie bez żadnego skrócenia.

c) Preparat drobnowidowy przewlekłego **zapalenia sutka.** Chorą przysłano z rozpoznaniem raka w celu wykonania operacyi. Referent stosownie do tego, co zwykle czyni w podobnych przypadkach tam, gdzie niema »periculum in mora«, wyciął kawałek guza, w którym badanie drobnowidowe nie wykazało ani śladu złośliwego nowotworu.

d) **Rentgenogram stawu biodrowego** 25-letniej panny, która w wieku 2 lat zaczęła po spadnięciu kuleć na jedną nogę bez żadnych zresztą dolegliwości. Dopiero ostatniego lata, niezręcznie stąpiwszy podczas gry w krokiet, uczuła w okolicy stawu biodrowego chrzęst, a następnie ból, trwający już ciągle od tego czasu. Przy badaniu główka kości udowej pod przednim dolnym kolcem kości biodrowej. Noga skrócona o 6 cm. Na rentgenogramie widać, że chodzi tu o stare zwichnięcie kości udowej, które teraz uległo **powtórnemu zwichnięciu sztucznego stawu.**

Dyskusya. a) Cichocki pyta, czy referent szyje jamę brzuszną na głucho po wycięciu wyrostka nawet wtedy, kiedy ropa w jamie brzusznej nie jest otorbiona. — b) Modrzewski przypuszcza, że takie postępowanie dać może pomyślne wyniki tylko wtedy, kiedy ropienie w jamie brzusznej wywołują beztlenowce i pyta się Makowskiego, czy nie był kiedy zmuszony do zdejmowania założonych szwów z powodu ciężkiego stanu operowanego. — c) Pietkiewicz: Wiadomo, że otrzewna zmieniona mniej jest narażona na zakażenie od zupełnie zdrowej; jakby jednak referent postąpił w razie przypadków urazowych, n. p. przy zranieniu jelita z dostaniem się kału do jamy brzusznej? — d) Fudakowski jako odpowiedź na pytanie Pietkiewicza, przytacza przypadek, operowany niedawno w szpitalu Aleksandrowskim. Chory w 2 godziny po uderzeniu w brzuch dostał się do szpitala. W jamie brzusznej znaleziono treść jelitową (przedziurawienie jelita cienkiego). Nałożono szwy i wprowadzono do jamy brzusznej tylko powierzchowny tampon. Przebieg pomyślny. — e) Łowieniecki ma chorą z wrodzonem dwustronnem zwichnięciem stawu biodrowego (2-letnie dziecko). Lorenz w Wiedniu reponował drogą bezkrwawą. Opatrunek gipsowy leżał $^1/_2$ roku. Teraz dziecko chodzi dobrze. — f) Fudakowski: Niekrwawe wprawienie wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego tylko u nas rzadko się stosuje. Zagranicą stosują je ogólnie, coprawda u dzieci poniżej 10 lat.

g) Makowski odpowiada Cichockiemu, że zaszywa po usunięciu wyrostka jamę brzuszną nawet w obecności nie otorbionej ropy, jednakże tylko we wczesnych okresach choroby (pierwsza doba); Modrzewskiemu, że na pytanie co do natury drobnoustrojów, wywołujących zakażenie otrzewnej w przypadkach, przebiegających pomyślnie pomimo zaszycia jamy brzusznej, nie może dać stanowczej odpowiedzi, wie tylko, że w niektórych przypadkach flora była wcale obfita. Co się tyczy przedwczesnego zdejmowania szwów, to dotychczas jeszcze nie potrzebował tego czynić, ale przyznaje, że zaszywanie na głucho w podobnych okolicznościach stosuje dopiero od niedawna. Metodę tę uważa za wybitny postęp w chirurgii zapaleń wyrostka ze względu na to że tamponowanie rany często wywołuje zrosty, stające się w następstwie powodem niedrożności jelit. Makowski widział ostatnimi czasy dwa przypadki, w których niedrożność wystąpiła jako oddalony skutek operacyi, pomimo że operacyę wykonali pierwszorzędni chirurdzy (Beir i Sonnenburg). Pietkiewiczowi odpowiada Makowski, że przy urazowych przedziurawieniach jelita nie należy szyć, jeśli przedziurawiona jest kiszka gruba, można to natomiast uczynić, gdy chodzi o jelito cienkie i przytacza ilustrujący to przypadek z praktyki szpitalnej.

**Posiedzenie zwyczajne d. 20. listopada 1913.**

Przewodniczy Dr Knothe. Obecnych członków 33 i gość Dr Leon Kiernicki.

1) A. Modrzewski: **W sprawie określania kwasu moczowego we krwi.** Referent, zapoznawszy się ze sposobem badania kwasu moczowego we krwi według Kowarskiego i Zawiałowa, proponuje kombinacyę tych dwu metod, a mianowicie strącanie białka z kwasu moczowego według Kowarskiego, a oznaczanie ilości kwasu moczowego według Zawiałowa przy zastosowaniu kolorymetru Autenrietha-Königsbergera (Referat przeznaczony do druku)

Dyskusya: a) Cichocki pyta, w jaki sposób referent oblicza odsetkową zawartość kwasu moczowego, oraz wyraża przypuszczenie, że metoda, o której mówił referent, nie daje może wyników odpowiednich dla badań klinicznych. — b) Makowski pyta, czy można uważać za fakt ustalony, że krew człowieka zdrowego zawiera w 100 cm$^3$ około 2 mg. kwasu moczowego.

c) Hoffman: Według dzisiejszych pojęć nie można utożsamiać dny ze skazą moczanową, a zawartość kwasu moczowego w moczu dla rozpoznania dny niema obecnie szczególnego znaczenia. Do niedawna myślano, że obecność kwasu moczowego, chociażby w najmniejszej ilości we krwi, jest objawem chorobowym, dopiero badania, przeprowadzone roku zeszłego przez Wiechowskiego w Wiedniu, wykazały, że krew zdrowego człowieka zawiera około 2 mg kwasu moczowego na 100 cm$^3$, u dnawych zaś więcej. Badanie takie zresztą było dotychczas nader trudno przeprowadzić, najprzód dlatego, że prawdziwa dna nie wszędzie często się zdarza (n. p. w Wiedniu bardzo rzadko, częstsza już w południowych Niemczech, najczęstsza w Anglii, gdzie do niej usposabiać ma używanie mocnego piwa), a następnie dlatego, że dla określania ilości owego kwasu moczowego we krwi potrzebne były względnie duże ilości krwi (100 lub nawet 200 cm$^3$). Teraz, kiedy wypracowano metody, zadowalniające się znacznie mniejszemi ilościami (10 cm$^3$), jest nadzieja, że badania naukowe dny postąpią znacznie naprzód.

d) Gilewicz: Mówiąc o metodach Kowarskiego i Zawiałowa, należy podkreślić ulepszenie, wprowadzone do metody Kowarskiego przez Modrzewskiego. Kowarskij wykrywa takie tylko ilości kwasu moczowego, których stwierdzenie we krwi dowodzi już istnienia w danym przypadku skazy dnawej, próba Zawiałowa jest czulsza. Modyfikacya Modrzewskiego polega na stosowaniu mianowanego rozczynu kwasu moczowego, który porównuje się z badanym rozczynem w kolorymetrze Autenrietha-Königsbergera. — e) Sielecki: Czy rozczyn, który się porównuje w kolo-

rymetrze z rozczynem mianowanym, jest produktem odczynu chemicznego?

f) Modrzewski odpowiada Cichockiemu, że płyn porównywa z płynem standardyzowanym w kolorymetrze Autenrietha, a następnie odsetki oblicza przy pomocy tablicy. Dotychczas pracował referent przeważnie ze sztucznymi rozczynami kwasu moczowego, a w tych warunkach metoda daje ścisłe wyniki; jak się te wyniki przedstawiać będą przy badaniach klinicznych, tego powiedzieć nie może. Gilewiczowi odpowiada, że myśl zastosowania kolorymetrycznej metody wypowiedział już Zawiałow, referent zaś tylko zamiast proponowanego przez Zawiałowa przyrządu na wzór hemometru Fleischla wprowadził kolorymetr Autenrietha. Sieleckiemu odpowiada, że kwas moczowy w obecności ługu sodowego i azotanu srebra utlenia się na allantoinę, wydzielając metaliczne srebro, które wywołuje zabarwienie płynu. Rozczyn mianowany i rozczyn, który ma się badać, przygotowuje się jednocześnie.

2) Makowski przedstawia chorego, którego operował przed 7 miesiącami. Chory od 6 lat cierpiał na zaparcie stolca. Od czasu do czasu występowało wzdęcie i podpieranie. Stan taki trwał zwykle około 2 dni, w ciągu których nie odchodził stolec ani gazy, poczem wszystko ustępowało. Przed 7 miesiącami wystąpił taki sam napad, trwając tym razem znacznie dłużej. Na 6. dzień przywieziono chorego w bardzo złym stanie do szpitala Aleksandrowskiego. Tam na podstawie konturów brzucha (na ogólnem tle rozdętego brzucha wyczuwano wał, idący od wyrostka mieczykowatego aż do spojenia łonowego) rozpoznano **skręcenie pętli esowatej**. Referent wykonał operacyę prawie »in extremis«. Cięcie przez całą długość brzucha w linii środkowej. Resekcya zmartwiałej pętli esowatej na znacznej przestrzeni, wszycie obu odcinków w powłoki brzuszne, poza tem zaszycie jamy brzusznej na głucho. Po 10 dniach zaczęła się podnosić ciepłota i pogorszył się stan ogólny, który już się był dość znacznie poprawił. Równocześnie wystąpiło wypuklenie w okolicy prawego podżebra, które coraz więcej się uwydatniało. Ponieważ w tym samym czasie kał zaczął niedostatecznie odchodzić przez przetokę, Makowski przypuszczał, że wskutek zbytniego naciągnięcia jednego z odcinków, wszytych w ścianę brzuszną, wytworzyła się nowa niedrożność. Któregoś dnia przy wizycie zastał referent chorego prawie w agonii. Wówczas wykonał cięcie w okolicy owego wypuklenia, z którego wylało się około $1^1/_2$ litra ropy. Stan chorego zaczął się polepszać. Nie można jednakże uważać leczenia za ukończone, istnieje bowiem jeszcze przetoka w miejscu, w którem wszyty był doprowadzający odcinek zgięcia esowatego, a z przetoki tej wydziela się ustawicznie rzadki kał. Dolna przetoka się zagoiła. O połączeniu obu odcinków nie może być mowy. Natomiast Makowski myśli o dwóch możliwościach: albo 1) o tem, żeby wzorem Maydla, który używał jelita cienkiego dla wytworzenia brakującej pochwy, połączyć odcinek jelita cienkiego z dolnym odcinkiem zgięcia esowatego, poprzednio wypaliwszy Paquelinem otwór w pętli esowatej i przytwierdzając w nim jelito cienkie zapomocą dwupiątrowego szwu, idącego tylko przez otrzewnę; 2) albo też o zupełnem wyłączeniu jelita grubego wzorem angielskiego chirurga Leya, który przedstawił operowaną w podobny sposób chorą na ostatnim Zjeździe londyńskim. Na zakończenie referent stwierdza, że, jak przedstawiona właśnie historya choroby wskazuje, otwarcie ropnia może ocalić życie człowiekowi, pozornie już konającemu i dlatego rękoczynu tego nigdy nie należy zaniedbywać ze względu na zły stan chorego.

Dyskusya: a) Cichocki pyta, czy zdaniem referenta ropień w prawem podżebrzu wytworzył się dopiero po operacyi, czy też istniał jeszcze przedtem, oraz czy przy pierwszej operacyi cięcie przez całą długość linii białej było rzeczą konieczną. — b) Łotocki pyta, czy połączenie jelita cienkiego z pętlą esowatą szwem, przechodzącym tylko przez błonę surowiczą, wystarczy w razie zwiększenia się ciśnienia w jamie brzusznej. — c) Gilewicz nie radzi Makowskiemu zupełnego wyłączania kiszki grubej. Przeprowadzał on dużo doświadczeń na psach, którym wyłączał pętle jelitowe. Otóż wszystkie zwierzęta, którym wyłączono w ten sposób kiszkę grubą, padały po pewnym czasie wśród jednych i tych samych objawów (nieustanne wydzielanie płynnego kału przez przetoki i szybkie chudnięcie). Przy sekcyi pokazywało się, że mięśnie są suche i ciemno-czerwone, jakby uwędzone, co przemawiałoby za tem, że jedną z przyczyn śmierci było w każdym razie upośledzenie wchłaniania płynów, odbywającego się przeważnie w kiszce grubej. Prócz tego odbywa się tam także wchłanianie soli, zwłaszcza wapniowych, wskutek czego ucierpiałby też po wyłączeniu całej kiszki grubej w poważny sposób bilans solny. Zresztą w danym przypadku może ocaliłaby sytuacyę ta okoliczność, że pozostałaby przecież jeszcze dolna część zgięcia esowatego, oraz bańka odbytnicy (ampulla recti).

d) Makowski odpowiada Cichockiemu, że ropień w prawem podżebrzu pomiędzy wątrobą a przeponą był zapewne tem, co Niemcy nazywają »Restabscess« i był wywołany przez pierwotne zakażenie. Co się tyczy długiego cięcia, to było ono w tym przypadku konieczne. Łotockiemu odpowiada M., że szew otrzewnej dostatecznie zabezpieczy spojenie dwóch odcinków nawet w razie wzmożonego ciśnienia, zwłaszcza, że będzie dwupiątrowy; Gilewiczowi, że uznaje naogół słuszność jego argumentów i ma zamiar wyłączyć kiszkę grubą tylko w takim razie, jeśli pierwsza metoda (wzorowana na metodzie Maydla) żadną miarą nie da się zastosować. Zresztą chora, przedstawiona przez angielskiego chirurga, miała się pomimo wyłączenia kiszki grubej dobrze.

3) M. Łążyński przedstawia 33-letniego mężczyznę, dotkniętego ciężką postacią **krwawiączki** (hemofilii). Z rodzeństwa chorego starszy brat i siostra cierpią na tę samą chorobę, dwaj inni bracia zupełnie zdrowi. Dzieci, które następnie okazały się krwawcami, karmiła piersią matka, inne wykarmiła mamka. U przedstawionego chorego stawy kolanowe i łokciowe są chorobowo zmienione, ruchy w nich ograniczone. W życiu swem miał chory kilka krwotoków, które omal nie doprowadziły do zejścia śmiertelnego. Kilka razy do roku miewa krwotoki z nerek. Ostatni uraz, wyrwanie zęba, wywołał nadzwyczaj obfite i długo trwające krwawienie, które udało się zatrzymać ostatecznie wstrzykiwaniami podskórnemi żelatyny i bardzo mocną tamponadą. Krew, dobyta z żyły przy ciepłocie pokojowej, w przyrządzie Kollmanna do badania krzepliwości krwi ścina się dopiero w kilka godzin (8), i to niezupełnie. Skrzep niezupełnie oddziela się od surowicy i w cieplarce krzepnie po godzinie. Po dodaniu minimalnej ilości prawidłowej surowicy człowieka lub zwierzęcia (świnki morskiej) w ciepłocie pokojowej krew krzepnie po godzinie (działanie zaczynu włóknikowego). Najracyonalniejszem leczeniem krwawień u krwawców jest zdaniem prelegenta wstrzykiwanie do żyły, chociażby niewielkiej ilości surowicy prawidłowej lub jakiejkolwiek leczniczej. Użycie żelatyny, aczkolwiek w danym przypadku uwieńczone powodzeniem, jest teoretycznie mniej uzasadnione.

Dyskusya. a) Makowski pyta, czy chirurg, który operował swojego czasu u przedstawionego chorego stulejkę, wiedział o istnieniu u niego krwawiączki. — b) Gilewicz pyta, czy przy krwotokach nerkowych stwierdzono obecność w moczu krwi, czy też była to tylko hemoglobinurya. Co się tyczy obawy wytworzenia anafilaksyi, która w danym przypadku była przyczyną zaniechania wstrzykiwań obcej surowicy w celu zatrzymania krwawienia, to w przyszłości w razie powtórzenia się krwawienia możnaby stosować suszoną surowicę, nie wywołującą anafilaksyi, a posiadającą nie mniejszą od zwykłej surowicy siłę czynną, którą zresztą każdorazowo przed użyciem można zbadać »in vitro«.

c) Hoffmann: Przy krwawiączce istnieją też pewne

zmiany w ścianach naczyń (w warstwie środkowej) i zależne od tego zaburzenia w tworzeniu trombokinazy. Sprawą krwawiączki zajmują się obecnie nietylko lekarze, lecz także biologowie, których ona szczególnie interesuje ze względu na warunki dziedziczenia. Zaczyna mianowicie teraz ustalać się zdanie, że usposobienie do tej choroby uważać należy za jedną z rzadkich, co prawda, drugorzędnych cech płciowych męzkich i z tego powodu kobiety występują tutaj tylko jako czynnik przekazujący chorobę, same na nią wyjątkowo tylko zapadając. Przekazanie usposobienia odbywa się na podstawie praw Mendla o dzieleniu się w potomstwie cech przodków, z których to cech jedne niejako przygłuszają drugie.

**Zebranie doroczne dnia 11. grudnia 1913 r.**

Przewodniczy Knothe. Obecnych członków 47 i gość Dr Kazimierz Ulatowski.

1) M. Pietkiewicz: **Przypadek nagłej śmierci podczas porodu. Sectio caesarea in mortua.**

Dyskusya. a) Daszkiewicz stwierdza, że spóźniwszy się na początek wykładu, słyszał tylko o przedwczesnem odejściu wód, jako przyczynie wniknięcia powietrza do żył macicy i wywołanego przez to zapewne śmiertelnego zejścia i przypuszcza, że samo przedwczesne odejście wód, zdarzając się przecież względnie często, nie wystarcza dla wytłómaczenia przedostania się powietrza do układu żylnego, co znowu wydarza się na szczęście nader rzadko. Muszą więc zachodzić w takich przypadkach jeszcze jakieś inne, zupełnie szczególne okoliczności. Czy w danym razie referent operował dlatego, że miał jeszcze nadzieję ocalenia dziecka, czy też tylko dla spełnienia obowiązku prawem przepisanego?

b) Sochacki: Przyczyną śmierci w opisanym przypadku mógł być równie zator powietrzny, jak nagłe porażenie serca, wywołane makroskopowo nie dającemi się zauważyć zmianami. — c) Wojciechowski przypuszcza, że wobec stwierdzonej niedomykalności zastawki dwudzielnej najprawdopodobniej przyczyną śmierci był zator mózgowy.— d) Bieniecki pyta, czy podczas operacyi zauważono odklejenie się łożyska w dolnym odcinku.

e) Pietkiewicz odpowiada, że ponieważ według zeznań akuszerki po odejściu wód nie było skurczów macicy, można było myśleć o przedostaniu się powietrza do ziejących żył macicy. Krwawienia z części rodnych coprawda poprzednio nie było. Śmierć nastąpiła nagle w chwilę potem, jak rodząca siadła na łóżku i zupełnie spokojnie rozmawiała z mężem. Po rozcięciu macicy i wydobyciu płodu i popłodu macica zaczęła się energicznie kurczyć. Odklejenia się łożyska Pietkiewicz nie zauważył, nie chce jednak napewne twierdzić, że go nie było. Co się tyczy stanu serca, to według zdania kol. Ruszczyca, który tę chorą leczył, istniała tam dobrze wyrównana niedomykalność zastawki dwudzielnej.

2) Remińska zdaje sprawę z przypadku **roponercza,** wskutek którego Makowski usunął lewą nerkę w całości. Przedstawienie preparatu, przy którem pokazuje się, że ropne zapalenie wywołane było przez kamień.

Makowski do historyi choroby, podanej przez Remińską, dodaje, że przy badaniu cystoskopowem w moczu ze zdrowej nerki stwierdzono przed operacyą 0,5‰ białka, które znikło zupełnie po operacyi. Okoliczność ta dowodzi, że takie niewielkie ilości nie stanowią przeciwwskazania do operacyi.

3) Makowski: **O znaczeniu pęcherzyka żółciowego dla ustroju i uprawnieniu doszczętnego jego usuwania.**

Dyskusya: a) Piotrowska: Nietylko szkoła niemiecka, lecz też Francuzi, n. p. Tuffier i Chauffard, oświadczali się za wczesnem usuwaniem pęcherzyka żółciowego.— b) Sielicki pyta, czy dobrze zrozumiał referenta, że mianowicie pęcherzyk żółciowy powinien być bezwarunkowo usunięty tam, gdzie istnieje sprawa zakaźna, a pozostawiony tam, gdzie zakażenia niema, oraz pragnąłby wiedzieć, dlaczego czarna barwa kamienia jest dowodem istnienia sprawy zakaźnej w pęcherzyku. — c) Adam Jarocki nadmienia, że znanym jest przypadek, w którym przy obecności cholestearynowych kamieni jasnego koloru pęcherzyk żółciowy wypełniony był ropą.

d) Makowski odpowiada, że niedawno Garret zaproponował, aby w przypadkach niezakaźnych wycięcie pęcherzyka żółciowego zastąpić jego rozcięciem (cholecystotomia). Taką propozycyę można było zrobić tylko tam, gdzie pod nóż chirurga dostaje się cały szereg wczesnych przypadków schorzeń pęcherzyka żółciowego i w istocie tak się dzieje w Niemczech. W ciągu roku wykonują tam około 1000 operacyi pęcherzyka, natomiast u nas chirurg wczesnych przypadków nie widuje prawie wcale. Że czarne zabarwienie kamienia należy uważać za oznakę zakażenia pęcherzyka, to wykazał Aschoff na podstawie znacznego materyału. Ciemne zabarwienie pochodzi od barwików żółciowych. Sprawy zakaźne zawsze wywołują pomiędzy innemi następstwami zgrubienie ścian pęcherzyka, który tym sposobem zupełnie traci zdolność do pełnienia swych fizyologicznych czynności. To jedna przyczyna więcej dla usunięcia woreczka. Co się tyczy przypadku, o którym mówił A. Jarocki, to zapewne kamień istniał tam przed zakażeniem, które może niedługo trwało.

**Posiedzenie doroczne d. 22. stycznia 1914.**

Przewodniczy M. Łążyński, potem B. Knothe. Obecnych 40 członków.

G. Stanisławski: **O ratownictwie.** (Spostrzeżenia i uwagi z 10-letniej praktyki Pogotowia ratunkowego).

Dyskusya: a) M. Łążyński: Przedmiot jest tak obszerny, że referent z natury rzeczy nie mógł wyczerpująco traktować wszystkich działów ratownictwa. Popularyzacyę w Kijowie systematycznego jodynowania brzegów ran w celu ich oczyszczenia można uważać za zasługę tutejszego Pogotowia. Poza tem zalecany przez referenta sposób obchodzenia się z ranami jest w istocie najracyonalniejszy. Przysypywania każdej rany jodoformem lub kserotormem dziś już nie można polecać. Te środki nie działają bakteryobójczo; zaletą ich, dającą się w niektórych przypadkach wyzyskać, jest natomiast pobudzające działanie na chorą tkankę. Stosowania półtorachlorku żelaza w Pogotowiu zupełnie się nie praktykuje. W celu wstrzymania krwawień stosuje się ucisk i podwiązanie naczyń. Łążyński poleca w tych przypadkach krwawienia z nosa lub z otworów pozostałych po wyrwaniu zębów, w których zwykła tamponada nie wystarcza, maczanie tamponów w dwutlenku wodoru lub rozczynie adrenaliny. W analogicznych przypadkach u krwawców znakomicie działa tamponada gazą, zwilżoną jakąkolwiek obcą surowicą, n. p. surowicą przeciwbłoniczą. Wyjaławianie narzędzi w Pogotowiu kijowskiem przeprowadza się jeszcze w sposób niezupełnie jednolity, jest jednak nadzieja, że wkrótce wypracuje się najodpowiedniejsza w tym kierunku metodyka. Tymczasem gojenie się ran przebiega wcale zadowalniająco, a przypadki ropienia zdarzają się nie często. Historya postępowania wobec ciał obcych w przełyku da się podzielić na 2 okresy: przed- i po-ezofagoskopowy. I teraz jeszcze stosuje się niekiedy zgłębnik bez ezofagoskopii, a mianowicie tam, gdzie w razie uwięźnięcia w przełyku ciał gładkich zaokrąglonych, nie mogących tkanek poranić, powstają ciężkie objawy, nie pozwalające na zwłokę, n. p. wybitne utrudnienie oddechu lub bardzo silne bole. Przy zatruciach stosuje się, jak to zaznaczył prelegent, »larga manu« przepłukiwania żołądka, nawet przy zatruciach silnymi kwasami, n. p. kwasem siarkowym. Jakichś złych następstw takiego postępowania, n. p. przedziurawienia, nigdy nie zauważono. Wbrew temu, co zdawało się wypływać ze słów prelegenta, Pogotowie nie używa nigdy sody do zobojętnienia kwasów, lecz oliwy, albo też magnezyi palonej, która coprawda ma tę złą stronę, że

łatwo zatyka zgłębnik, oraz, że po jej użyciu błona śluzowa przełyku i gardła staje się szorstką. Przy zatruciach niektórymi kwasami, a zwłaszcza kwasem octowym, nieraz występuje skurcz przełyku, bardzo poważnie mogący utrudniać zgłębnikowanie, nie spotykamy się natomiast z tym objawem prawie nigdy przy zatruciach kwasem karbolowym, w którym to przypadku przeciwnie po krótkotrwałym okresie podrażnienia występuje zwykle zupełne znieczulenie błony śluzowej, ułatwiające wszelkie zabiegi. Zato przy zatruciu kwasem karbolowym nader łatwo występują zapady i dlatego ustalił się już w Pogotowiu zwyczaj stosowania przed przystąpieniem do przepłukiwań, nawet przy dobrem tętnie, wstrzykiwań eteru z kamforą i kofeiny. Omdlenia, o których wspomina prelegent, omawiając postępowanie przy otruciu amoniakiem, to właściwie nie zapad, lecz odruch kurczowy, a kurcz głośni, do którego ten rodzaj zatrucia usposabia, stanowi właśnie jeden z objawów tej sprawy odruchowej. Z tego też powodu takiego pozornego omdlenia M. Łążyński nie uważa wcale za przeciwwskazanie dla stosowania morfiny. Otrucia solą Bertoleta (obecnie zdarzające się rzadziej, niż dawniej, z powodu wyjścia z mody tego, dawniej tak bardzo rozpowszechnionego środka leczniczego), dalej tak zwaną solą cukrową (natro-kali-oxal), a wreszcie sublimatem dają nieraz (najwięcej sublimat) bardzo niemiłe niespodzianki po przeminięciu pierwszych objawów zatrucia wtedy, kiedy się zdaje, że niebezpieczeństwo już minęło. Otrucie morfiną daje, o ile trucizna wprowadzona została »per os«, najczęściej zejścia pomyślne, gdyż rzadko kiedy chorzy tym sposobem wprowadzają do ustroju śmiertelne dawki trucizny. Leczenie polega na stosowaniu nadmanganianu potasu podskórnie lub śródżylnie, podobnie, jak przy ostrem zatruciu kokainą.

b) J. Fudakowski stwierdza, że wiary w wędrowanie igieł nie można znowu zawsze uważać za przesąd; sam zna przypadek, gdzie igła wyjęta została w tydzień po zranieniu z przedramienia o kilka centymetrów od miejsca ukłucia. W drugim przypadku w klinice Wagnera, u chorej, która przypadkowo zapędziła sobie kilka igieł w różne miejsca, wyjęto po jakimś czasie jedną igłę z wątroby, drugą zaś z sutka. Przekonanie o konieczności bezwarunkowego i jak najszybszego usuwania kul z nowoczesnej broni, aczkolwiek dotychczas jeszcze rozpowszechnione między publicznością i lekarzami, należy uważać za błędne.

c) B. Knothe opowiada o znanym mu przypadku, w którym igła, wszedłszy w okolicę piersiową, została po niejakim czasie wyjęta z ręki. Z powodu poruszenia przez prelegenta kwestyi samobójców recydywistów, wspomina Knothe o znanem mu trzykrotnem usiłowaniu samobójstwa ze strony tej samej osoby.

d) W. Piotrowska pyta, do jakich warstw społecznych należą przeważnie samobójcy. — e) A. Turski: Czy surowicę obcą, jako środek przeciwkrwotoczny, stosuje się wogóle przy krwawieniach u wszystkich chorych, czy też tylko u krwawców? — f) M. Łążyński odpowiada, że próbował tego sposobu tylko u krwawców. — g) R. Weller pyta o wyniki, osiągnięte przez lekarzy Pogotowia przy otruciu makowcem.

h) G. Stanisławski odpowiada, że o stosowaniu przemywania żołądka rozczynami sody przy zatruciu kwasami mówił nie dlatego, żeby to praktykowano w Pogotowiu kijowskiem, lecz dlatego, że poleca się to jeszcze w niektórych podręcznikach. Przy zatruciu amoniakiem nie stosuje się przemywań rozczynami kwasu z przyczyny silnych bólów, jakie to postępowanie wywołuje. Nie przeczy, że igły rzeczywiście mogą w tkance podskórnej wędrować tak, że wyjmuje się je nie w tem miejscu, w które weszły, twierdzi jednak, że należy z wielką ostrożnością zachowywać się wobec opowiadań o dalekich ich wędrówkach, n. p. z tkanki podskórnej do narządów wewnętrznych, gdyż możliwe są tu różne pomyłki. Tak n. p. igła odrazu może przeniknąć do narządu wewnętrznego, z drugiej strony zaś może chodzić o rozmyślne wprowadzenie w błąd lekarza, zwłaszcza jeśli się ma do czynienia z histeryczką. Samobójców dostarczają najwięcej warstwy niezamożne; jako motyw występują niepowodzenia życiowe i natury majątkowej częściej od motywów natury miłosnej. Leczenie zatrucia makowcem daje w Pogotowiu zawsze prawie pomyślne wyniki. Na zakończenie nadmienia jeszcze prelegent o niebezpieczeństwach, połączonych z próbami wydobycia ciał obcych z ucha przy pomocy szczypczyków, igieł, haczyków i t. p. Jedynym właściwym sposobem jest przepłukiwanie ucha silnym strumieniem ciepłej wody.

## II. Zjazd internistów polskich we Lwowie

w dniach 21. i 22. lipca 1914.

(Dalszy ciąg zgłoszonych wykładów).

22) O dotąd nie spostrzeganych objawach zarośnięcia worka osierdziowego. 23) O leczeniu zapalenia opłucnej. 24) Studya elektrokardyograficzne, kol. doc. Latkowski (Krakow). 25) O sztucznej odmie piersiowej, kol. Latkowski i kol. Bobak (Kraków). 26) W sprawie cholesterynemii. 27) Obecność prątków gruźliczych we krwi w początkowym okresie gruźlicy, jakoteż u klinicznie pod względem suchot zdrowych. 28) Kliniczne znaczene siły tonów serca, oznaczanych zapomocą różniczkowej słuchawki Bocka. 29) Anatomiczne i czynnościowe zmiany wątroby u chorych na gruźlicę płuc, kol. prof. W. Orłowski (Kazań). 30) Tyreoza i zakażenie gruźlicze, kol. Fr. Białokur (Jałta-Krym). 31) Aortitis syphilitica w świetle cyfr, kol. Pisek (Lwów). 32) Dzieje leczenia korą chinową w Polsce, kol. Grossek (Lwów). 33) O wpływie soli gorzkich, w szczególności soli morszyńskiej, na przemianę materyi, kol. Skórczewski (Krynica). 34) Doświadczenia ze szczepionkami Friedmanna, wykonane w klinice lek. krakowskiej, kol. Z. Wachtel.

Dalsze zgłoszenia odczytów należy nadsyłać pod adresem: Prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza 3.

## V. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich

w Pradze 29. maja do 3. czerwca 1914.

Na Zjazd zgłosiło się do 3. maja b. r. 526 uczestników, wśród nich 253 lekarzy. Z ziem polskich zgłosili się oprócz prof. Dr Wicherkiewicza, prezesa Polskiego Komitetu, rektor Akademii weterynaryjnej we Lwowie prof. Dr Grabowski, dziekan Wydziału lek. lwowskiego prof. Dr Jurasz, prof. Bujwid i prof. Chlumsky z Krakowa, oraz prof. Kučera i prof. antrop. Jan Czekanowski ze Lwowa. Jako delegaci ukraińskiego Towarzystwa lekarskiego ze Lwowa zgłosili się Dr Ozarkiewicz i Dr Buzar. Z Serbii zgłosiło się trzech uczestników, z Rosyi prof. Pawłow i Prokunin z Moskwy, oraz prof. Russew z Petersburga.

## Wiadomości bieżące.

Na uroczystem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Lublinie w d. 30 maja 1914 przedstawieni być mają przez Zarząd Towarzystwa na członków honorowych:

Prof. Zygmunt Laskowski z Genewy,

Prof. J. Babiński i B. Motz z Paryża,

Prof. K. Kostanecki, prof. M. L. Jakubowski i prof St. Ciechanowski z Krakowa,

Prof. B. Dybowski, prof. A. Gluziński i prof. A. Jurasz ze Lwowa,

Fr. Chłapowski i St. Łazarewicz z Poznania, S. Szuman z Torunia,

Prof. J. Ziemacki i doc. K. Noiszewski z Petersburga,

K. Chełchowski, Wł. Gajkiewicz, S. Goldflam, W. Kamocki, Fr. Neugebauer, J. Pawiński, A. Puławski, M. Rajchman, Alfred Sokołowski, B. Sawicki, E. Zieliński z Warszawy

S. Sterling z Łodzi,
H. Fidler z Radomia,
J. Villaume z Bychawy i W. Lasocki z Nałęczowa w Ziemi Lubelskiej.

Dotychczas byli członkami honorowymi Towarzystwa lekarskiego lubelskiego: prof. Baranowski, Wł. Biegański, prof. Browicz, prof. Cybulski, August Kwaśnicki, Aleksander Jaworowski, Heliodor Święcicki, prof. Rydygier i prof. Wicherkiewicz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie mianowało swymi członkami honorowymi Dr Stanisława Dobruckiego i Dr Aleksandra Jaworowskiego z Lublina.

---

Komitet gospodarczy II. Zjazdu internistów polskich we Lwowie zawiadamia, że Zjazd ten odbędzie się w dniach 21. i 22. lipca b. r. Termin ten Zjazdu ułatwi kolegom internistom wzięcie udziału w I Zjeździe higienistów polskich, który obradować będzie we Lwowie od 19. do 22. lipca b. r. włącznie. Nadmieniamy, że po porozumieniu się z Komitetem gospodarczym Zjazdu higienistów program obrad w Zjeździe higienicznym będzie tak ułożony, że w dniach 19. i 20. lipca omawiane będą temata, obchodzące przeważnie lekarzy, wycieczki zaś rozpoczną się tuż po ukończeniu równoczesnem obu zjazdów. — Program szczegółowy Zjazdu internistów będzie wkrótce ogłoszony.

---

**Kraków.** Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 27. V. b. r. posiedzenie, na którem prof. Rosner, Kader i Lewkowicz, oraz Dr Szlank i Szymanowicz przedstawili chorych. W dyskusyach zabierali głos prof. Braun, Kader, prym. Borzęcki, Dr Schlank i Wojciechowski.

— Jako piąta z rzędu broszura, wydana staraniem Miejskiego Urzędu zdrowia dla zaznajomienia szerszych kół z postulatami higieny szkolnej, wyszedł z druku wykład Dr Jana Landau (sen.): »Kąpiele szkolne«. Autor wnosi, aby we wszystkich nowo budujących się szkołach urządzić kąpiele szkolne, któreby można też uprzystępnić szerszej publiczności za opłatą w godzinach pozaszkolnych.

— Polskie Towarzystwo balneologiczne ogłasza w swym organie (Przegląd zdrojowo-kąpielowy) gorącą odezwę do lekarzy Polaków o poparcie swojskich zdrojowisk.

— Członkiem Krajowej Rady Zdrowia na miejsce ś. p. Festenburga został mianowany Dr Zenobiusz Lewicki, dyrektor szpitala w Kołomyi.

— Kurs komisarzy targowych, odbywający się od marca w państwowym Zakładzie do badania żywności w Krakowie, zakończył się w dniach 25. i 26. maja wobec krajowego referenta sanitarnego radcy Dr Lachowicza oraz dyrektora Dr Krzyszkowskiego, delegowanego przez Wydział krajowy w zastępstwie szefa jego departamentu sanitarnego, egzaminem przed ustanowioną na ten cel rządową komisyą egzaminacyjną pod przewodnictwem star. inspektora i kierownika zakładu Dr Biera. Z pośród uczestników kursu uznano 4 kandydatów za uzdolnionych z wyszczególnieniem, 4 za bardzo uzdolnionych, 4 za uzdolnionych do pełnienia funkcyi komisarzy targowych, 2 zaś reprobowano do ponownego egzaminu. Równocześnie z ukończeniem kursu rozesłał kierownik Zakładu magistratom, delegującym swych urzędników na kurs, spis urządzenia laboratoryjnego, którego powinny magistraty dostarczyć swym komisarzom targowym, jeżeli ci mają zadania swe spełniać należycie na podstawie wiadomości i wprawy nabytej na kursie.

— Dr Antoni Kuczewski złożył w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« na cele krakowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą (na fundusz budowy uzdrowiska ludowego) 13 K 60 h.

— Morszyn — zdrojowisko o wodach słono-gorzkich, — posiadający doskonałą borowinę i zakład wodoleczniczy, własność funduszu wdów i sierot po członkach Towarzystwa lekarzy galicyjskich, będzie otwarty od 1. czerwca do końca września. Zakład został w roku bieżącym w całości odnowiony; rozszerzono i ulepszono łazienki, wykonano liczne adaptacye, wprowadzono wiele udogodnień i ulepszeń, zwiększono ilość pomieszkań. Administracya całego zakładu kąpielowego i pensyonatu spoczywać będzie obecnie w doświadczonych rękach p. Makarewicza, dotychczasowego właściciela pensyonatu w Jaremczu. Obowiązki lekarza zakładowego pełnić będzie Dr Witołd Schreiber.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Jerzy Nadolski, rodem z Sannik w Królestwie polskiem i p. Adam Jakubowski, rodem z Krakowa.

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 3. V. do 16. V. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (obcych 5 † 1), krztuśca 1, płonicy 59 † 5 (6 † —), odry 1, duru brzusznego 12 † — (4 † —), czerwonki — † — (1 † 1), róży 4 † 4 (— † —), tężca — † — (1 † 1) Dr Janiszewski.

**Warszawa.** Ś. p. Włodzimierz Gawroński, b. radca komitetu warsz. Towarzystwa kredytowego, zapisał na cele publiczne 60.000 rb., w tem 4000 na zakład nieuleczalnych w Królikarni, 5000 na sanatoryum w Rudce, 3000 na sanatoryum w Karolinie, 10.000 na szkołę i szpital w Wyłkowyszkach, 20.000 na szpital w Wyłkowysku.

— W zakładzie dla nerwowo chorych w Drewnicy rozpoczęto budowę nowego pawilonu z fundacyi p. Kierbedziowej.

— Jak donosi »Medycyna i Kronika lek.« (20), pojawiają się w Warszawie coraz liczniejsze przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

**Choroby zakaźne w Łodzi.** Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 11. V. do 25. V. 1914 przypadków: ospy 6 † 1, płonicy 6 † 2, błonicy 1 † —. Dr Trenkner.

**Z różnych stron.** Lwowskie Koło Towarzystwa walki z gruźlicą otwarło w swem sanatoryum ludowem w Hołosku d. 17. V. b. r. trzeci pawilon barakowy, postawiony sumptem Zakładu ubezpieczeń robotników od wypadków i Związku kas chorych w Galicyi. W uroczystości uczestniczyli m. i. namiestnik Dr Korytowski, wiceprezydent Rady szk. kraj. Dr Dembowski, prezydent m. Lwowa Neuman, krajowy referent sanitarny r. Dr Lachowicz, r. dw. Ustyanowski, prezydent Izby lek. Dr Papée. Przy otwarciu przemawiali prezes lwowskiego Koła Tow. walki z gruźlicą prof. Dr Wiczkowski, prezes Zakładu ubezp. robotników Dr Al. Małaczyński i prezes Kasy chorych Hudec.

— Krajowa Rada szkolna urządziła d. 19. V. b. r. ankietę w sprawie fizycznej pracy zarobkowej uczniów szkół średnich, przedstawiającej wiele niebezpieczeństw pod względem higienicznym i wychowawczym. Referentami ankiety byli prof. Dr Ciechanowski z Krakowa i krajowy insp. szkolny Dr Majchrowicz ze Lwowa.

**Mianowani** w rządowej służbie sanitarnej w Galicyi lekarzami powiatowymi Dr Wiktor Giełczyński i Dr Maryan Bielatowicz, a koncepistami sanitarnymi Dr Emil Barański, Stanisław Dziaczek, Kazimierz Bielański i Henryk Milgrom.

**Zmarli:** Dr Mikołaj Brunner, naczelny lekarz szpitala św. Ducha, radca stanu, w 75 r. ż. w Warszawie; Dr K. Pomianowski w 52 r. ż. w Łucku.

**Redakcya otrzymała:** Ołtuszewski: O chorobach mowy, zwyrodnieniu psychicznem oraz higienie mowy (szkic popularny). Warszawa 1914, str. 37. — J. Jaworski: Grotta Giusti, Monsummano i Montecatini. Florencya 1914. — Serkowski: Bacillus s. granulobacillus putrificus nov. sp. (Sprawozd. Tow. nauk. warsz. 1913). — J. Landau: Kąpiele szkolne. Kraków 1914. — Mayer: Über eine Methode, die Herzschallphänomene vermittels der Luftwege deutlich zu vernehmen. (Wiener klin. Woch. 1914). — Schoenaich: 1) Śmiertelność w płonicy, a wiek dzieci (Przegląd ped. 1914). 2) Statystyka urodzeń i śmiertelność dzieci w Łodzi (Ekonomista 1914). — Danysz: 1) Essais de chimiothérapie (Ann. de l'Inst. Pasteur 1914). 2) Traitement du Surra par les composés arsénicaux et arséno-argentiques (Bull. Soc. de path. exotique 1914). — Sokołowski: O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej. (Odczyty kliniczne 1914, Zesz. 1., str. 21).

**Bibliografia.**

**Jahreskurse für ärztliche Fortbildung** in 12 Monatsheften. 1914. (Monachium, J. F. Lehmann). Z. 5. Cena 1·50 mk.

Majowy zeszyt tegoroczny »Kursów uzupełniających« zawiera następujące rozprawy z zakresu psychiatryi i neurologii: Prof. Marburg: 1) Rozpoznawanie guzów rdzenia kręgowego, nadających się do operacyi. 2) Przegląd postępów neurologii. Prof. Weygandt: 1) O rokowaniu w psychiatryi. 2) Przegląd postępów psychiatryi. Jakob: Nowsze wyniki anatomii patologicznej chorób umysłowych. Kafka: Rozwój serologii w psychiatryi.

**Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1914.**

*Gazeta lekarska.* Nr 18—21. Goldberg: Przypadek stałego częstoskurczu serca; jednocześnie przyczynek do znaczenia objawu okosercowego (18). — Malinowski (dok. 18). — Jarecki: Przypadek migreny oczoporaźnej (19). — Sterling Stefan: Przypadek postaci poronnej obrzęku śluzowatego (19). — Męczkowski: O rozpoznawaniu i wskazaniach do chirurgicznego leczenia krwotoków wewnątrzczaszkowych (20—22). — Sterling Stefan: Odma piersiowa w przebiegu duru brzusznego i zapalenia nerek (20). — Noniewicz: Przyczynek do rozpoznawania i leczenia nosacizny (20). — Ławrynowicz: O wydzielaniu się tłuszczu anizotropijnego z moczem w połączeniu ze sprawą złogów miejscowych tłuszczu anizotropijnego w narządach (21).

*Medycyna i Kronika lekarska.* Nr 18—21. Goldberg i Herz: O wpływie dwuwęglanu sodu na wydzielanie chlorków oraz wprowadzonego dożylnie cukru mlecznego (18). — Kummant: Przypadek stwardnienia kiłowego płuca w obrazie rentgenowskim (18). — Jakimiak (dok. 18). — Wąsowicz: Wskazania i przeciwwskazania do leczenia kąpielowego przewlekłych chorób serca w Krynicy (19). — Wasserthal: Przyrząd do odwłókniania niewielkich ilości krwi (19). — Karaś-Przeradzka: O odczynie Abderhaldena (19). — Majewska: Przypadek choroby Addisona stwierdzony badaniem pośmiertnem (20). — S. Kramsztyk: Badania fizyczno-chemiczne nad alkalicznością krwi (20). — W. Sterling: Arsenobenzol Billona (20). — Szyszko-Bohusz: Przyczynek do fizyologii moczowodów (21). — Korybut-Daszkiewicz: Z kazuistyki błonicy jamy nosowej u dzieci (21). — Springer: O leczeniu łuszczycy sposobem Balzera, Condata, Lévy-Franckela i Godlewskiego (21). — Wasserthal: O ciałach przemiany białkowej, zawartych w soku żołądkowym, podlegających dyalizie i dających odczyn ninhydrynowy Abderhaldena (21).

*Tygodnik lek.* Nr 18—21. Rona i Wilenko: Przyczynek do znajomości glykolizy (18). — Zalewski: O oczopląsie cieplikowym na podstawie własnych badań (18—21). — Gabryszewski: Leczenie światłem (18—19). — Ehrlich: Torbielak gruczolakowy brodawkowaty wargi większej sromu pochodzenia płodowego (19—21). — Lichtgarn: Poród pięcioraczy (21).

*Nowiny lek.* Nr 5: Chłapowski: Kwestyą alkoholowa ze stanowiska lekarskiego. — Ehrlichówna: Z kazuistyki gruźlicy dziecięcej. — Palmirski: Cholera ze stanowiska epidemiologii, biologii i higieny publicznej. — Zygmunt Dziembowski: O wpływie odżywczym ustroju nerwowego na organizm ludzki.

*Lekarz wileński.* Nr 4: Oszacki: Krótki zarys poglądów na białkomocz ortostatyczny. — Wirszubski: Przyczynek do chirurgicznego leczenia wodogłowia. — B.: Łaźnie wileńskie.

*Przegląd pedyatryczny,* Tom VI. Zesz. 3.: Brudziński: O prosówce potnej u dzieci. — Schoenaich: O rodzinnem występowaniu zapalenia nerek w przebiegu płonicy. — Nowierski: Płód bez czaszki bezmózgi. — Czerniawski: Przypadek leishmaniozy dziecięcej.

*Zdrowie.* Nr 5. Zembrzuski: Ś. p. Kosiński. — Ciechanowski: Zapiski o koloniach szkół średnich galicyjskich w r. 1913. — Kuczewski: Dr Philip'a czyli t. zw. edynburski system walki z gruźlicą. — Korybut Daszkiewicz: O Sopotach jako uzdrowisku nadmorskiem.

*Przegląd higieniczny:* Nr 5.: Janikiewicz: Organizacya walki z gruźlicą w powiecie skałackim. — Czyżewicz: Braki i niedomogi ustawy o tłumieniu chorób zakaźnych.

*Kronika dentyst.* Nr 5.: Ziemens: O nowych t. zw. »uniwersalnych« zębach sztucznych Bibera.

*Słowo lek.* Nr 8—9. Ciechanowski: Emigracya pod względem higieniczno-społecznym. — Stahr: Uwagi o uspołecznionej pomocy lekarskiej. — Fischer: Honoraryum lekarskie.

*Głos lekarzy* Nr 9. Dotacya rządowa dla wdów i sierót po lekarzach. — Mączka: O wakacyach studentów słów kilka ogólnikowo rzuconych.

*Zdrojownictwo i turystyka* Nr 1—3. Ś. p. Henryk Dobrzycki. — Zdrojowiska w Sejmie. — Praschil: W sprawie deontologii lekarzy zdrojowych. — Balneologiczne wykłady w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem. — Włyński: Sprawozdanie lekar-

skie o Szczawnicy za r. 1913. — Uznanie Bystrej za uzdrowisko. — Centralny zakład kąpielowy w Krynicy. — S. p. Adam hr. Gołuchowski. — Westreich: Ucisk podatkowy zdrojowisk.— Lewicki: Wody żelaziste.

*Przegląd zdrojowo-kąpielowy* Nr 2—3. Wąsowicz: 1) Ze wspomnień o założeniu polskiego Towarzystwa balneologicznego. 2) Wskazania lecznicze dla naszych zakładów zdrojowo-kąpielowych. — Przed rozpoczęciem sezonu. — III polski Zjazd balneologiczny. — Zanietowski: Sprawozdanie z 10-letniej działalności Towarzystwa balneologicznego polskiego.

Odpowiedzialny redaktor:
**Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.**

**Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego** odbędzie się **we środę d. 10. czerwca 1914 w klinice okulistycznej o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym demonstracye chorych klinicznych i wykład kol. Kleczkowskiego: »O działaniu niewidzialnych, krótkofalistych promieni światła na narząd wzrokowy«.